

<https://helda.helsinki.fi>

Vanhuusikä muutoksessa : Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimuksen tuloksia 2002-2012

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyö
2013

Haapola , I , Karisto , A & Fogelholm , M (toim) 2013 , Vanhuusikä muutoksessa : Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimuksen tuloksia 2002-2012 . Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyön julkaisuja , Nro 72 , Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyö , Lahti . <
http://www.palmenia.helsinki.fi/ikihyva/Vanhuusika_muutoksessa.pdf >

<http://hdl.handle.net/10138/41032>

publishedVersion

Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.

This is an electronic reprint of the original article.

This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.

Please cite the original version.

PÄIJÄT-HÄMEEN SOSIAALI- JA TERVEYSYHTYMÄN JULKAISUJA 72, 2013

Vanhuusikä muutoksessa

Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimuksen tuloksia 2002–2012

Toimittaneet

Ilkka Haapola, Antti Karisto ja Mikael Fogelholm



PÄIJÄT-HÄMEEN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON KUNTAYHTYMÄ

Vanhuusikä muutoksessa

Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimuksen tuloksia 2002–2012

Toimittaneet

Ilkka Haapola, Antti Karisto ja Mikael Fogelholm



Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden julkaisuja 72
2013

VALOKUVAT

KANNEN KUVA

Laina Hämäläinen Vääksystä, kuva: Saara Olkkonen

MUUT VALOKUVAT

Julkaisun valokuvat ovat peräisin päijäthämäläisten valokuvadokumentointi-projektista Arjen paikat, jonka Lahden valokuvataide ry toteutti yhteistyössä Ikihyvä Päijät-Häme -hankkeen kanssa vuosina 2003–2005 ja 2012–2013.

KUVIEN TOIMITUSTYÖ

Kirsti Nenye, lehtori, valokuvataiteilija,
Lahden ammattikorkeakoulu, Muotoilu- ja taideinstituutti.

”Syrjäkylän näkymä” -piirros julkaistaan tekijän, Olavi Hurmerinnan luvalla.

TAITTO

Kirjapaino Markprint Oy

PAINO

Kirjapaino Markprint Oy

JULKAISIJA

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä

ISBN 978-952-5161-77-9 (nid.) ISSN 1796-5721

ISBN 978-952-5161-78-6 (pdf) eISSN 1797-9064

Kiitokset

Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimus- ja kehittämishankkeen (2002–2012) toteutuksesta on vastannut Helsingin yliopiston Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenia yhteistyössä Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen, Helsingin yliopiston sosiaalitieteiden laitoksen, Lahden ammattikorkeakoulun sekä Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymän ja alueen kuntien kanssa. Tämä Ikihyvä-hankekokonaisuuteen kuuluva seurantatutkimus on eri vaiheissaan saanut rahoitusta Euroopan sosiaalirahastosta (ESR), Euroopan aluekehitysrahastosta (EAKR) ja Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymältä. 1.9.2008 alkaen EAKR-rahoituksen Ikihyvä-hankkeelle on myöntänyt Päijät-Hämeen liitto.

Seurantatutkimuksen tiedonkeruuseen ovat antaneet merkittävän panoksen Lahden ammattikorkeakoulun Sosiaali- ja terveysalan laitoksen opiskelijat ja heidän opettajansa sekä Päijät-Hämeen keskussairaalan ja alueen terveystieteiden laboratoriohenkilökunta. Koko Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimus- ja kehittämishankkeen onnistuneelle toteutukselle on ollut aivan elintärkeää se, että Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri – nykyisen Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymän edeltäjä – sitoutui heti alussa tukemaan sitä sekä rahallisesti että henkisesti.

Tekijät kiittävät mainittuja organisaatioita ja henkilöitä sekä kaikkia muita, jotka ovat mahdollistaneet Ikihyvän toteutuksen tai osallistuneet tiedonkeruun organisointiin, tietojen tallentamiseen ja julkaisun viimeistelyyn.

Erityiskiitos kuuluu niille tuhansille päijäthämäläisille, jotka antoivat aikaansa osallistua tähän tutkimukseen.

Tiivistelmä

TEKIJÄ/T:

Ilkka Haapola, Antti Karisto, Mikael Fogelholm (toimittajat)

JULKAISUN NIMI:

Vanhuusikä muutoksessa. Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimuksen tuloksia 2002–2012

TIIVISTELMÄ

Julkaisu tarjoaa alustavan kokonaiskatsauksen Ikihyvä Päijät-Häme -seurantatutkimuksen keväällä 2012 päättyneen tiedonkeruun tuloksiin. Siinä kuvataan ikääntyvän väestön elinoloja vuonna 2012 ja niissä kymmenvuotiskaudella 2002–2012 tapahtuneita muutoksia. Vertailemalla peräkkäisiä kohortteja eri ajankohtina mutta samanikäisinä pyritään muodostamaan aiempaa tarkempi kuva siitä, miten ja mihin suuntaan ikääntyvä päijäthämäläisväestö on muuttumassa.

Julkaisu koostuu kahdeksasta luvusta, joiden kirjoittamiseen on osallistunut kaksitoista Ikihyvä-hankkeessa mukana olevaa tutkijaa tai sen kanssa tiiviissä yhteistyössä toiminutta asiantuntijaa.

Luvuissa 1–2 tarkastellaan tutkimuksen kulkua ja arvioidaan sen onnistumista. Luvuissa 3–8 analysoidaan ikääntyvien päijäthämäläisten elinympäristöä, sosiaalisia suhteita, harrastuksia, elintapoja, terveyttä, koettua hyvinvointia sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä ja palveluja koskevia mielipiteitä.

Julkaisu perustuu Ikihyvä Päijät-Häme -seurantatutkimuksen ja siihen kytkeytyvän rinnakkaistutkimuksen aineistoihin vuosilta 2002 ja 2012. Vastaaajien kokonaismäärä oli 2814 henkilöä vuonna 2002 ja 3040 henkilöä vuonna 2012. He edustavat neljää ikäryhmää (52–56-, 62–66-, 72–76- ja 82–86-vuotiaita) Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän 14 jäsenkunnan alueella.

Vaikka monet tulokset ovat myös valtakunnallisesti kiinnostavia, tämä julkaisu on kirjoitettu ensisijaisesti päijäthämäläisiä – alueen päättäjiä, asiantuntijoita ja suurta yleisöä – ajatellen. Sen tarkoituksena on siten vastata myös alueellisiin tiedontarpeisiin ikääntyvän väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen tähtäävässä työssä.

AVAINSANAT

Ikääntyminen, terveys, toimintakyky, elintavat, hyvinvointi, kohorttiverailu, Päijät-Häme

SARJAN NIMI JA NUMERO

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän julkaisuja 72

ISBN

978-952-5161-77-9 (nid.)

978-952-5161-78-6 (pdf)

ISSN

1796-5721

1797-9064 (eISSN)

KOKONAISIVUMÄÄRÄ

97 s.

JAKAJA

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä

KUSTANTAJA

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä

Kirjoittajat

Riitta Airola, TtM, lehtori,

Lahden ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala

Mikael Fogelholm, ETT, ravitsemustieteen professori,

Helsingin yliopisto, Elintarvike- ja ympäristötieteiden laitos

Ilkka Haapola, VTT, vanhempi tutkija,

Helsingin yliopisto, Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenian Lahden yksikkö

Antti Karisto, VTT, sosiaaligerontologian professori,

Helsingin yliopisto, Sosiaalitieteiden laitos

Tiina Koskimäki, VTM, jatko-opiskelija,

Helsingin yliopisto, Sosiaalitieteiden laitos

Henna Nieminen, terveystieteiden maisteriopiskelija,

Jyväskylän yliopisto

Risto Raivio, ylilääkäri, perusterveydenhuollon yksikön johtaja,

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä

Marjaana Seppänen, VTT, gerontologisen sosiaalityön professori,

Lapin yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Pasi Töyli, LitM, KTM, suunnittelija,

Helsingin yliopisto, Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenian Lahden yksikkö

Elina Vaara, FM, tohtorikoulutettava,

Helsingin yliopisto, Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenian Lahden yksikkö

Raisa Valve, FT, laillistettu ravitsemusterapeutti, kehittämisspäällikkö,

Helsingin yliopisto, Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenian Lahden yksikkö

Ilkka Väänänen, FT, LitL, tutkimusjohtaja,

Lahden ammattikorkeakoulu

Sisällysluettelo

Kiitokset	3
Tiivistelmä	5
Kirjoittajat	6
1 Ikihyvä Päijät-Häme, kymmenen vuotta	9
<i>Mikael Fogelholm, Risto Raivio, Ilkka Haapola ja Antti Karisto</i>	
2 Käytettävät aineistot	17
<i>Ilkka Haapola ja Elina Vaara</i>	
3 Elinympäristö	27
<i>Antti Karisto ja Ilkka Haapola</i>	
4 Sosiaaliset suhteet	41
<i>Antti Karisto, Tiina Koskimäki ja Marjaana Seppänen</i>	
5 Harrastukset ja vapaa-aika	51
<i>Antti Karisto, Ilkka Haapola, Pasi Töyli ja Ilkka Väänänen</i>	
6 Terveys ja elintavat	59
<i>Raisa Valve, Mikael Fogelholm, Ilkka Väänänen, Risto Raivio, Riitta Airola ja Pasi Töyli</i>	
7 Sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö ja palvelukokemukset	69
<i>Ilkka Haapola, Henna Nieminen, Risto Raivio</i>	
8 Koettu hyvinvointi	83
<i>Ilkka Haapola, Elina Vaara ja Antti Karisto</i>	
Kirjallisuus	91



Kuva: Miia Saastamoinen

1 Ikihyvä Päijät-Häme, kymmenen vuotta

Mikael Fogelholm, Risto Raivio, Ilkka Haapola ja Antti Karisto

Juuret viime vuosituhannen lopussa

Viime vuosituhannen lopussa oli alle 75-vuotiaiden kuolleisuus silloisen Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin alueella korkeampi kuin koko maassa (Blom-Lange 1999). Samoihin aikoihin oli valtakunnallisestikin alettu keskustella väestön ikääntymisen tuottamista haasteista sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmälle. Päijät-Hämeessä haasteet näyttäytyivät poikkeuksellisen kovina, sillä ikääntyvien osuuden ennustettiin kasvavan nopeammin kuin Suomessa keskimäärin.

Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus (nykyisin Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenia) ja Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri päättivät vuonna 2000 käynnistää koko sairaanhoitopiirin käsittävän tutkimus- ja kehittämishankkeen, jonka nimeksi tuli Ikihyvä Päijät-Häme. Tavoitteena oli tutkimustiedon ja alueella suoritettujen kokeilujen (interventioiden) perusteella kehittää etenkin terveyssektorin toimia vanhenevan väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi.

Hankkeen käynnistyessä vuonna 2001 mukana olivat edellä mainittujen lisäksi Helsingin yliopiston yhteiskuntapolitiikan laitos (nykyisin sosiaalitieteiden laitos), Kansanterveyslaitos (nykyisin Terveyden ja hyvinvoinnin laitos) sekä Lahden ammattikorkeakoulu. Ikihyvä myös kansainvälistyi nopeasti, kun projektin tieteelliseksi asiantuntijaksi tuli professori Brian Oldenburg Monashin yliopistosta Melbournesta. Hänen avullaan Ikihyvä Päijät-Hämeen terveyden edistämisen interventiomalleja on kokeiltu muun muassa Australiassa ja Intiassa (Oldenburg ym. 2011).

Ikihyvä Päijät-Häme -projektissa on koko sen toiminnan ajan ollut kaksi linjaa: 1) Kymmenen vuotta kestävä seurantatutkimus, joka tuottaa monitieteistä tietoa vanheneemisesta ja alueen väestön terveydestä ja hyvinvoinnista; 2) Sosiaali- ja terveyssektorin kanssa tapahtuvat terveyden edistämisen kokeilut ja interventiot, joita samalla on tutkittu ja seurattu tieteellisin menetelmin.

Nyt käsillä oleva julkaisu perustuu seurantatutkimuksen tietoihin. Tutkimukseen kutsuttiin alun perin mukaan yli 4000 päijäthämäläistä, joiden syntymävuodet olivat 1926–30, 1936–40 tai 1946–50. Liki 3000 osallistui ensimmäisellä tutkimuskerralla vuonna 2002. Tämän jälkeen osallistumisaktiivisuus on jonkin verran vaihdellut, mutta myös seuraavilla kerroilla – vuosina 2005, 2008 ja 2012 – saatiin kerätyksi hyvä ja kohtuullisen edustava aineisto, jolla on paitsi alueellista myös valtakunnallista arvoa.

Tutkittavien viisivuotiskohorttien valinnassa oli ajatuksena, että kymmenvuotisen tutkimuksen lopussa nuorin kohortti on yhtä vanha kuin keskimäinen kohortti oli tut-

kimuksen alussa. Vastaavasti keskimäinen kohortti on tutkimuksen lopussa yhtä vanha, kuin vanhin kohortti oli tutkimuksen käynnistyessä. Kerätyn aineiston avulla pystytään näin ollen sekä seuraamaan kolmen ikäluokan vanhenemista että vertaamaan samanikäisiä päijäthämäläisiä kahtena ajankohtana. Tutkittavat kohortit ovat itsessäänkin kiinnostavia, sillä esimerkiksi vuosina 1946–50 syntyneet suuret ikäluokat muodostavat suomalaisessa yhteiskunnassa selvästi erottuvan, poikkeuksellisen kiinnostavan väestöryhmän.

Sosiaali- ja terveydenhuollon myrskyisät vuodet

Ihmisten elintavat, terveys ja hyvinvointi eivät muotoudu tyhjiössä. Siksi on tärkeää aluksi pohtia, mitä suomalaisessa tai erityisesti päijäthämäläisessä sosiaali- ja terveydenhuollossa on 2000-luvulla tapahtunut.

Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiriin kuului Ikihyvän käynnistyessä neljätoista kuntaa, jotka järjestivät ja tuottivat sosiaali- ja perusterveydenhuollon palvelunsa pääosin itsenäisesti. Erikoissairaanhoidon palvelut tuotettiin pääosin keskussairaalassa. Päijät-Hämeen kunnilla ja keskussairaalalla oli merkittävä rooli Ikihyvän synnyssä.

Kunta- ja palvelurakenneuudistus, niin sanottu PARAS-hanke, käynnistettiin valtakunnallisesti vuonna 2005. Sen tavoitteena oli elinvoimainen, toimintakykyinen ja eheä kuntarakenne sekä taloudellinen ja kattava palvelurakenne, joka turvaisi laadukkaat palvelut ja niiden saatavuuden tasapuolisesti koko maassa. Uudistusta on toteutettu kuntarakenteita, palveluiden rakenteita sekä tuotantotapoja ja organisointia kehittämällä (VM 2013, STM 2013).

Kuntarakenteen muutossuunnitelmat ovat kuitenkin kohdanneet myös vastustusta, eivätkä esimerkiksi Päijät-Hämeessä vireillä ollut UusiKunta -hanke ja valtakunnallisen selvitysmiehen ehdotukset vuonna 2010 ole tuottaneet seudulle uusia rakenteita (UusiKunta -selvitys 2010). Niinpä Orimattilan ja Artjärven yhdistyminen vuonna 2011 on ollut ainoa Päijät-Hämeessä toteutettu kuntaliitos.

Seudullista yhteistyötä on sen sijaan viety eteenpäin monella toimialalla tavoitteita ja toimintatapoja uudistamalla ja uusia yhteistyöprosesseja käynnistämällä. Päijät-Hämeeseen syntyi pitkän kehittämistyön tuloksena vuonna 2007 Sosiaali- ja terveysyhtymä, joka tuottaa alueen erikoissairaanhoidon palvelut sekä osalle kunnista sosiaali- ja perusterveydenhuollon ja ympäristöterveydenhuollon palveluja.

PARAS-hankkeen jatkoksi on käynnistetty koko maata koskeva kuntauudistus pääministeri Kataisen hallitusohjelman mukaisesti. Sen tavoitteena on vahvoihin peruskuntiin pohjautuva kestävä ja elinvoimainen kuntarakenne, jolla turvataan palvelujen yhdenvertainen saatavuus koko maassa. Kuntauudistukseen on kytkeytynyt sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevan lainsäädännön suunnittelu. Aika näyttää miten laki tulee muuttamaan Päijät-Hämeen kuntien ja kuntalaisten arkea.

Viimeisen kymmenen vuoden aikana toteutetut valtakunnalliset lainsäädännön muutokset ja kehittämistoimenpiteet ovat muuttaneet sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamista, osin myös palvelujen saatavuutta, mutta erityisesti niiden sisältöä. Yksit-

täisten lainsäädännön muutoksien ja kehittämistoimenpiteiden vaikutuksia tavallisen ikäihmisen arkeen on haasteellista arvioida, mutta monissa asioissa on menty eteenpäin.

Ikääntyviä koskevia tärkeitä lainsäädännön muutoksia ja kansallisia kehittämissankkeita ovat vuosina 2002–2013 olleet muun muassa Terveys 2015 -kansanterveysohjelma (2001), Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn turvaamisesta (2004), Ikäihmisten palvelujen laatusuositus (2008), Terveystenhuoltolaki (2010), Vanhuspalvelulaki (2012) sekä Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissankkelma KASTE (2008 alkaen).

Jo vuonna 2001 käynnistynyt Terveys 2015 -kansanterveysohjelma (VNP 2001; STM 2012) on yhteistyöohjelma, joka pyrkii terveyden tukemiseen ja edistämiseen kaikilla sektoreilla. Tavoitteena on terveiden ja toimintakykyisten elinvuosien lisääminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen. Suunnitelmassa korostetaan ikääntyneiden mahdollisuuksia toimia aktiivisesti yhteiskunnassa, kehittää omia taitojaan, taitojaan ja itsehoitovalmiuksiaan sekä jatkaa mahdollisimman pitkään itsenäistä ja mielekästä elämää.

Ikihyvässä kehitetyt ikääntyvien ryhmäohjausmallit, toimintakyvyn arviointi ja parantaminen sekä ikääntyvien kaveritoiminta ovat hyviä esimerkkejä Päijät-Hämeessä toteutetuista terveyden edistämisen toimenpiteistä. Niillä on jo saatu paljon aikaan, mutta haasteita riittää tulevillekin vuosille. Haasteisiin on Päijät-Hämeen kunnissa tartuttu rohkeasti ja konkreettisesti muun muassa tuoreimmassa Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä ympäristöterveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa vuosille 2014–2017 (PHSOTey 2013).

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijaryhmä julkaisi vuonna 2005 päätelmät ja suositukset terveyden ja hyvinvoinnin parantamiseksi (Aromaa ym. 2005). Suositukset ovat edelleen ajankohtaisia. Työryhmän suosituksen mukaan vanheneva väestö tarvitsee palveluja ja ikääntyvän väestön toiminta- ja työkyvyn ylläpitäminen on yhä tärkeämpää. Asiantuntijatyöryhmä totesi myös, että elinolojen muutos ja elintavat vaikuttavat terveyteen. Kansantautien ehkäisy tulisi saada kattavammaksi ja myös hoidon saatavuuden parantaminen on tärkeä tavoite. Asiantuntijatyöryhmä kiinnitti huomiota väestöryhmien terveyseroihin sekä siihen, että hyvät palvelut ja sosiaaliturva ovat terveyden edellytyksiä. Lisäksi työryhmä päätteli, että toiminnan ohjauksessa tarvitaan tutkimustietoa. Kaikkiin näihin asioihin on kiinnitetty erityistä huomiota Ikihyvä-hankkeessa.

Ikihyvä-hanke on tuottanut tietoa päijäthämäläisten ikääntyvien ihmisten palvelujen tarpeesta ja käytöstä, terveydestä ja hyvinvoinnista. Se on kehittänyt aivan uusia toimintatapoja ikääntyvien terveyden ja hyvinvoinnin parantamiseksi sekä arvioinut niiden tuloksellisuutta. Uudet toimintatavat ovat kymmenessä vuodessa vakiintuneet arjen työksi Päijät-Hämeessä ja saaneet merkittävää tunnustusta myös maailmalla.

Julkaisun tavoitteet ja sisältö

Nyt käsillä olevan julkaisun tavoitteena on vastata kahteen kysymykseen:

- 1) Millaisia ovat ikääntyvän väestön terveys, elinolot ja hyvinvointi Päijät-Hämeessä vuonna 2012? Millaisia hyvinvointieroja on havaittavissa eri ikäryhmien välillä?
- 2) Miten tutkittavien ikäryhmien tilanne on kymmenessä vuodessa muuttunut? Ovatko tietyt ikäiset päijäthämäläiset vuonna 2012 kovinkin erilaisia kuin samanikäiset mutta eri syntymäkohortteja edustavat päijäthämäläiset vuonna 2002?

Julkaisun tarkoituksena on palvella ensisijaisesti alueellisia tiedontarpeita väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen tähtäävässä työssä, joskin ainakin osa tuloksista on myös valtakunnallisesti kiinnostavia. Luettavuuden parantamiseksi monet tieteelliselle tekstille ominaiset piirteet, kuten merkitsevyystestien tulosten sekä aihepiirin tutkimuksen ja teoreettisen keskustelun perusteellinen esittely, on karsittu minimiin. Julkaisun lähin vertailukohta on vuonna 2003 ilmestynyt ”Ikääntyvä Päijät-Häme. Kuntien hyvinvointiraportti” (Karisto ym. 2003), jossa tarkasteltiin ikääntyvien päijäthämäläisten hyvinvointia Ikihyvä-tutkimusta aloitettaessa, vuonna 2002.

Julkaisu koostuu kaikkiaan kahdeksasta luvusta, joissa nostetaan esille keskeisiä teemoja Ikihyvä-tutkimuksen mittavasta aineistosta. Luvussa 2 kuvataan seurantatutkimuksen kulkua ja arvioidaan kerätyn aineiston edustavuutta. Luvun lopussa tarkastellaan, millaisiin osaryhmiin tutkimukseen osallistuneet ja Päijät-Hämeen ikääntyvä väestö jakautuvat. Nämä osaryhmät toimivat myöhemmissä luvuissa tarkastelua jäsentävinä taustamuuttujina.

Luvussa 3 tarkastellaan ikääntyvien arkielämään ja toimintamahdollisuuksiin vaikuttavia seikkoja, kuten yhteiskunnan tietokoneistumista ja palvelujen saavutettavuutta. Osa elinympäristöä on myös aineeton ympäristö eli ikääntyvien aistima asenneilmas- to (miten ikääntyvät kokevat heihin suhtauduttavan) sekä kodin ja välittömän asuinympäristön merkitys.

Sosiaalisia suhteita käsittelevässä luvussa 4 tarkastelun kohteena ovat ikääntyvien perhetilanne, perhesuhteet ja yksinäisyyden tunnot. Esillä ovat myös sosiaalinen tuki sekä epävirallinen apu ja arjessa selviytymisen kokemukset. Myönteisinä muutoksina havaitaan muun muassa se, että parisuhteet jatkuvat entistä myöhempään elinikään ja että leskeytymisen jälkeenkin solmitaan uusia merkityksellisiä ihmissuhteita.

Harrastuksia ja vapaa-aikaa käsittelevässä luvussa 5 havaitaan puolestaan, että monet – etenkin naiset – löytävät uusia mielenkiinnon kohteita eläkkeelle jäätyään. Harrastuksista luopuneiden määrä ylittää uuden harrastuksen omaksuneiden määrän vasta 75:nneen ikävuoden jälkeen. Toisaalta monien totunnaisten harrastusten suosio näyttää jonkin verran laskeneen vuodesta 2002 etenkin 60-vuotiaiden keskuudessa. Ulkomaan matkailu on sen sijaan entisestään yleistynyt. Kuntoliikkujien osuus on noussut 72–76-vuotiaiden keskuudessa ja mikä positiivista, myös 50-vuotiaiden joukossa.

Terveyttä ja elintapoja käsitellään luvussa 6. Kuten muuallakin Suomessa, terveys ja toimintakyky ovat kohentuneet. Toisaalta esimerkiksi sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöissä (esim. veren kolesterolipitoisuuksissa) ei vastaavaa parantumista ole

havaittavissa. Lisäksi viime vuosina jotkut elintavat ovat muuttuneet terveydelle jopa epäedulliseen suuntaan. Näiden muutosten merkitystä väestön terveydelle on vielä vaikea ennustaa.

Luvussa 7 tarkastellaan sosiaali- ja terveystalvelujen käyttöä sekä palvelukokemuksia. 60- ja 70-vuotiaat käyvät nyt harvemmin lääkäriissä kuin kymmenen vuotta aiemmin. Muutoksen taustalla on terveyden koheneminen mutta myös palvelutarjonnassa tapahtuneet muutokset. Hammashoitopalvelujen käyttö on lisääntynyt, aivan 2000-luvun alussa toteutetun suun terveydenhuollon uudistuksen tavoitteiden mukaisesti. Tyytyväisyys kunnan järjestämiin sosiaali- ja terveystalveluihin on hieman lisääntynyt. Kritiikkiä herättää kuitenkin edelleen erityisesti lääkäripalvelujen ja vanhusten kotihoidon huono saatavuus.

Viimeisessä luvussa paneudutaan ikääntyvien kokemaan hyvinvointiin. Siinä tarkastellaan vanhenemisen kokemuksia, elämän ilonaiheita ja ikääntyvien subjektiivisia arvioita omasta tilanteestaan eri elämänaalueilla. Samalla analysoidaan hyvinvoinnin sisältöä ikääntyvien silmin: mitä asioita ja hyvinvoinnin ulottuvuuksia he itse pitävät tärkeinä.

Mitä Ikihyvän kymmenen vuotta kertovat?

Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimuksessa on seurattu kymmenen vuoden välein syntyneitä ikäkohortteja kymmenen vuoden ajan. Tämä asetelma antaa mahdollisuuden tarkastella kahta asiaa: ensiksikin mitä tapahtuu, kun tutkittavat ihmiset vanhenevat (ikä ja aika muuttuvat, henkilöt eivät), toiseksi miten kuva ikääntyvistä muuttuu, kun uudet, myöhemmin syntyneet ikäluokat (kohortit) tulevat tiettyyn ikään (eri henkilöt, eri ajankohdat, sama ikä). Jälkimmäisen tarkastelutavan voi olettaa kertovat enemmän ympäristöstä ja yhteiskunnasta, ensimmäisen taas enemmän yksilöistä.

Kun yli 50-vuotiaat vanhenevat kymmenen vuotta, ei esimerkiksi Cooperin juoksu-testin tulos tietenkään parane. Mutta ei terveyden ja hyvinvoinnin rapistuminenkaan ala kovin nopeasti: 55-vuotiaan ja 70-vuotiaan terveys, toimintakyky ja elämälaatu eivät keskimäärin eroa kovin olennaisesti toisistaan.

Havainto kertoo siitä, että eläkeiän alussa eletään niin sanottua kolmatta ikää, aktiivisesti harrastaen vanhaa ja uutta, oppien ja opiskellen, matkustellen ja sosiaalista kanssakäymistä harjoittaen. On ilmeistä, että hyvin monelle, etenkin niille joille työ on ollut fyysisesti tai henkisesti raskasta, tämä on upeimpia elämänvaiheita – hieman kuin nuoruutta, jolloin edessä tuntui olevan valtavasti mahdollisuuksia.

Vasta noin 75. ikävuoden jälkeen oman ja lähipiirin terveyden heikkeneminen alkaa vaikuttaa elämään. Näin ei kuitenkaan käy kaikkien kohdalla, ja osa 80 vuotta täyttäneistä voi paremmin kuin monet 70-vuotiaat. Mutta keskimäärin näyttää siltä, että lähestyttäessä 80. ikävuotta alkaa se osa vanhuudesta, jolloin fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen rapistuminen kaventaa valintojen mahdollisuuksia. Tähän on hyvä varautua, yksilöllisesti ja yhteiskunnallisesti. Esimerkiksi huolehtimalla omasta fyysisestä ja sosiaalisesta hyvinvoinnista voidaan mitä todennäköisimmin ainakin hidastaa vääjäämättömiä vanhenemisen prosesseja.

Havainto ihmisten aktiivisuudesta eläkeiässä liittyy kiinnostavasti keskusteluun eläkkeellesiirtymisiän myöhentämisestä. On ilmeistä, että monella olisi kapasiteettia toimia työelämässä paljon nykyistä pidempään. Toisaalta työurat ovat pitkiä, sillä työn-teko on alkanut paljon nuorempana kuin myöhemmin syntyneissä ikäryhmissä. Sitä paitsi on muistettava, että aktiivinen eläkeläinen haluaa tehdä juuri sitä, mikä on mukavaa ja mikä tuntuu mielekkäältä. Jos työelämä ei ole tällaista, on aika luontevaa, että eläkkeellä olo alkaa kiinnostaa enemmän.

Tässä julkaisussa toteutettu päijäthämäläisten ikäryhmien vertailu vuosina 2002 ja 2012 antaa pääosin positiivisen ja tulevaisuudenuskoa vahvistavan kuvan vanhene-misestä. Elämään ollaan entistä tyytyväisempiä, terveys ja toimintakyky ovat kohen-tuneet, lääkarilla käydään aikaisempaa vähemmän, suvaitsevaisuus on lisääntynyt ja tietotekniikan kehityksessäkin on pysytty aika hyvin mukana. Tästä on syytä antaa tun-nustusta myös sille sosiaali- ja terveyssektorin kehittämistyölle, jota alueella on teh-ty Ikihyvä Päijät-Häme -hankkeen aikana. Toisaalta on nöyrästi todettava, että paljon asioita on tapahtunut valtakunnallisestikin ja Päijät-Hämeessä on vain osattu olla tässä mukana. Joka tapauksessa uudet näkökulmat ja toimintaotteet terveyden ja hyvinvoin-nin edistämiseen antavat Päijät-Hämeelle loistavat mahdollisuudet olla tulevaisuudes-sakin muutoksissa mukana – jopa luomassa jotakin, jota muualla halutaan seurata.



Kuva: Saara Olkkonen

2 Käytettävät aineistot

Ilkka Haapola ja Elina Vaara

Tässä julkaisussa esitettävät havainnot ikääntyvien elinolojen, terveyden ja hyvinvoinnin muutoksista perustuvat Ikihyvän seurantatutkimuksen aineistoihin vuosilta 2002 ja 2012. Lähtötilannetta kuvataan seurantatutkimuksen ensimmäisessä tiedonkeruuvaiheessa vuonna 2002 kerätyn aineiston avulla. Vuotta 2012 koskeva tarkastelu perustuu puolestaan yhdistettyyn aineistoon, jossa seurannan viimeisen tiedonkeruun tietoja on täydennetty samaan aikaan toteutetun rinnakkaiskyselyn aineistolla. Jotta lukijoille muodostuisi käsitys Ikihyvän seurantatutkimuksen kulusta ja käytetyistä aineistoista, niitä esitellään seuraavassa vielä tarkemmin ennen tutkimustuloksiin siirtymistä.

Seurantatutkimuksen 2002–2012 eteneminen

Ikihyvän seurantatutkimuksessa kerättiin tietoa päijäthämäläisten ikääntymisestä kymmenen vuoden ajan, vuodesta 2002 vuoteen 2012. Tietoa kerättiin tänä aikana kolmen tai neljän vuoden välein: vuosina 2002, 2005, 2008 ja 2012. Tutkimukseen osallistuneet kävivät jokaisella tutkimuskerralla verikokeissa ja terveystarkastuksessa ja vastasivat kahteen kyselylomakkeeseen, joilla kerättiin tietoa muun muassa terveydestä (koettu terveys, sairaudet ja oireet, lääkkeiden käyttö ym.), terveyskäyttäytymisestä, elinoloista, vapaa-ajasta ja arkielämästä, asenteista ja arvostuksista, vanhenemisen kokemuksista ja palvelujen käytöstä. Tietojen keruuseen on jokaisen tutkimuskerran yhteydessä saatu Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystoimikunnan eettisen toimikunnan myönteinen lausunto, ja myös tutkittavilta on pyydetty kirjallinen suostumus.

Tutkimuksen kohteena oli kolme viisivuotiskäluokkaa (kohorttia): vuosina 1926–30, 1936–40 ja 1946–50 syntyneet päijäthämäläiset eli Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystoimikunnan (sairaanhoitopiiriin) jäsenkunnissa asuneet henkilöt. Tutkimusta käynnistettäessä silloiseen sairaanhoitopiiriin kuului 14 jäsenkuntaa: Artjärvi, Asikkala, Hartola, Heinola, Hollola, Hämeenkoski, Iitti, Kärkölä, Lahti, Nastola, Orimattila, Padasjoki, Pukkila ja Sysmä. Myrskylä liittyi Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiriin vuoden 2005 alusta, ja se otettiin seurantaan mukaan kyseisestä vuodesta alkaen. Artjärvi ja Orimattila ovat tämän jälkeen yhdistyneet, joten sosiaali- ja terveystoimikunnan jäsenkuntien määrä on jälleen 14.

Seurantatutkimukseen kutsuttiin ensi vaiheessa mukaan 4272 henkilöä. Heidät poimittiin väestörekisteristä vuoden 2001 lopussa kohortin, sukupuolen ja kunnan mukaan ositettuna satunnaisotantana niin, että otokseen saatiin jokaisesta viisivuotiskohortista

mukaan 712 miestä ja 712 naista (yhteensä 1412 henkilöä). Lisäksi otannassa painotettiin pieniä kuntia siten, että jokaisesta kunnasta tuli mukaan vähintään 102 henkilön kokonaisotos. Myrskylästä poimittiin vuonna 2005 samoja periaatteita noudattaen 102 henkilön lisäotos, joten seurannan otoskoko nousi 4374 henkilöön. Otannan ja tiedonkeruun yksityiskohtia on kuvattu tarkemmin aikaisemmissa raporteissa (Valve ym. 2003; Fogelholm ym. 2006; Fogelholm ym. 2007; Haapola ym. 2009).

Kuviossa 2.1 esitellään seurantatutkimuksen eteneminen ja siihen osallistuneiden määrät tiedonkeruuvaiheittain. Seurantaan osallistuneiden määrä on kymmenessä vuodessa pudonnut 2814:stä 1697 henkilöön (pelkästään verikokeissa käyneet mukaan lukien 1734:ään), mikä on täysin odotettua. Nuorimmassa kohortissa määrä on supistunut vajaalla 200:lla, keskimmaisessä kohortissa vajaalla 350:llä ja vanhimmassa kohortissa lähes 600 henkilöllä eli noin kolmasosaan.

82–86 v				295 (35 %)
78–82 v				489 (44 %)
75–79 v		1926–30 syntyneet	689 (53 %)	
72–76 v	883 (62 %)			681 (57 %)
68–72 v				796 (63 %)
65–69 v		1936–40 syntyneet	886 (66 %)	
62–66 v	1023 (72 %)			721 (55 %)
58–62 v				717 (54 %)
55–59 v		1946–50 syntyneet	840 (61 %)	
52–56 v	908 (64 %)			
Tutkimusvuosi	2002	2005	2008	2012

Kuvio 2.1. Ikihyvä Päijät-Häme -seurantatutkimukseen osallistuneet ja osallistumisprosentit tiedonkeruuvaiheittain.

Seurantatutkimuksessa osallistumisprosentin laskeminen ja kadon arviointi on monimutkaisempaa kuin tavanomaisessa poikkileikkaustutkimuksessa sen vuoksi, että tutkittava joukko muuttuu koko ajan. Näin on käynyt myös Ikihyvän alkuperäiselle otokselle (Myrskylä mukaan lukien), josta on vuoteen 2012 mennessä kuollut 862 henkilöä (20 %) ja 137 henkilöä (3 %) on muuttanut tutkimusalueen ulkopuolelle. Nämä poistumisyyt on tärkeätä ottaa huomioon erityisesti ikääntymistä koskevassa tutkimuksessa sen vuoksi, että ne muuttavat seurannan pidentyessä ehkä huomattavastikin kohderyhmän rakennetta (Lynch & Scott 2011). Ne on kuitenkin syytä pitää erillään varsinaises-

ta kadosta eli siitä joukosta, jota ei ole tavoitettu tai joka ei voinut, kyennyt tai halunnut osallistua tutkimukseen.

Tähän tulkintaan perustuvat myös kuviossa 2.1 esitetyt osallistumisprosentit. Ne ovat vanhinta kohorttia lukuun ottamatta pysyneet varsin korkeina seurannan loppuun saakka. Keskimmaisessa, 1930-luvulla syntyneessä kohortissa osallistuneiden osuus on pudonnut 15 prosenttiyksikköä. Nuorimmassa kohortissa se on pudonnut vain 9 prosenttiyksikköä, ja viimeisellä tutkimuskerralla se jopa nousi hieman. Vanhimmassa kohortissa osanotto on kuitenkin lähes puolittunut, mikä kertonee kunnon heikentymisestä ja siitä, että tutkimuksen tiedonkeruutapa oli jo liian raskas monille tämän ikäluokan jäsenille.

Olli Nummela ym. (2011) ovat analysoineet Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimuksen ensimmäiseen vaiheeseen osallistumista Tilastokeskuksen väestörekisteriaineistojen avulla. Heidän mukaansa tutkimukseen osallistuivat keskimääräistä aktiivisemmin naiset, keskimmaisen kohortin edustajat (silloin 62–66-vuotiaat), parisuhteessa elävät, vähintään opistoasteen tutkinnon suorittaneet, keskitasoa parempituloiset, taajaan asutuissa tai maaseutumaisissa kunnissa asuvat sekä kohtalaisen terveet.

Ensimmäisen tutkimuskerran jälkeen kertynyttä katoa koskevassa alustavassa analyysissä (Vaara 2013) havaittiin puolestaan, että poisjäänti oli selvimmin yhteydessä koulutustasoon. Nuorimmassa kohortissa poisjäänti oli yleisintä työttömillä ja vähäisintä avio- tai avoliitossa asuvilla.

Edellä esitetyt tulokset viittaavat siihen, että Ikihyvän seurantaan osallistuneet muodostavat jossain määrin systemaattisesti valikoituneen joukon, mikä on tyypillistä kaikille kysely- ja haastattelumenetelmillä toteutetuille väestötutkimuksille. Kadon vaikutus aineiston sukupuoli-, ikä- ja kuntajakaumaan on tässä tutkimuksessa korjattu painokertoimien avulla. Painokertoimet korjaavat kuitenkin vain osan kadon aiheutuvasta harhasta, joten tulokset antanevat hieman liian positiivisen kuvan ikääntyvien päijäthämäläisten elämästä.

”Paneelioppiminen” tai -ehdollistuminen on asteittain kasvavan kadon – eli eräänlaisen tutkimusväsymyksen – ohella toinen seurantatutkimuksille ominainen ongelma. Käsitteellä tarkoitetaan sitä, että tutkimuksessa mukana olo voi vaikuttaa siihen tapaan, millä tavoin osallistujat vastaavat kysymyksiin, ja jopa heidän käyttäytymiseensä. Samojen kysymysten toistuva esittäminen saattaa herkistää vastaajia miettimään niiden aihepiiriä entistä tarkemmin. Lisäksi sitoutuminen tutkimuksessa mukana oloon ja valmius vastata myös luottamuksellisiin kysymyksiin saattaa kasvaa. Näiltä osin tutkimustulosten tarkkuus jopa paranee. Paneelioppiminen voi toisaalta olla tutkimuksen kannalta ongelmallista, mikäli se vaikuttaa osanottajien mielialoihin ja käyttäytymiseen juuri niissä aihepiireissä, joista tutkijat ovat kiinnostuneita. (Sturgis 2009; Uhrig 2012.)

Paneelioppimisen vaikutusta on tätä julkaisua kirjoitettaessa pyritty kontrolloimaan vertailemalla seurantatutkimukseen ja rinnakkaiskyselyn osallistuneiden vastauksia toisiinsa tarkasteltavien aihepiirien osalta. Varsinaista systemaattista vaikutusanalyysia ei ole kuitenkaan tämän julkaisun edellyttämässä aikataulussa kyetty tekemään.

Kaiken kaikkiaan voidaan todeta, että vastausaktiivisuus on kahdessa nuorimmassa kohortissa pysynyt seurannan loppuun saakka suhteellisen hyvänä, mikä osaltaan vä-

hentää kadon valikoituneisuudesta aiheutuvia ongelmia. Tämä tarjoaa edellytyksiä ikäryhmätasolla tapahtuvaan kahden ajankohdan vertailuun. Kymmenvuotisen seurannan valmistuminen tarjoaa siten mahdollisuuden tutkia, miten 1930-luvulla syntyneiden päijäthämäläisten elämäntilanne 72–76 vuoden iässä eroaa 1920-luvulla syntyneiden tilanteesta näiden ollessa samassa iässä tai miten suurten ikäluokkien sukupolvi poikkeaa 1930-luvun sukupolvesta 62–66 vuoden iässä. Seuraavassa jaksossa esiteltävän rinnakkaiskyselyn tietojen avulla on lisäksi mahdollista verrata suurten ikäluokkien jäseniä 1950-luvun lopulla syntyneisiin runsaan 50 vuoden ikäisinä. Nämä analyysit ja vertailut kertovat, miten vanhojen ja ikääntyvien päijäthämäläisten elämä on 2000-luvulla muuttunut ja muuttumassa.

Rinnakkaiskysely 2012

Perustiedonkeruuta täydennettiin viimeisimmän tiedonkeruun yhteydessä uuteen satunnaisotokseen perustuvalla rinnakkaiskyselyllä, jonka ensisijaisena tavoitteena oli paneelioppimisen vaikutusten arviointi. Sen ohella rinnakkaiskysely tarjoaa poikkeileikkauksen ikääntyvän väestön elämäntilanteesta Päijät-Hämeessä vuoden 2012 alkupuolella.

Rinnakkaiskyselyn kohteena oli seurantatutkimuksessa mukana olevien viisivuotiskohorttien ohella vuosina 1956–60 syntyneiden ikäluokka, jonka jäsenet olivat tutkimushetkellä samanikäisiä kuin 1940-luvun jälkipuoliskolla syntyneet suurten ikäluokkien edustajat kymmenen vuotta aikaisemmin. Kyselyyn kutsutut poimittiin osittuna siten, että jokaisesta sukupuolen ja kohortin mukaan muodostetusta ryhmästä poimittiin 300 henkilön otos (taulukko 2.1). Kuntakohtaista kiintiötä ei asetettu, vaan henkilöt poimittiin satunnaisesti koko sosiaali- ja terveystietojen alueelta. Tiedonkeruu toteutettiin seurantatutkimusta suppeampana lomakekyselynä, jossa oli 56 kysymystä eli hieman yli kolmannes seurantatutkimuksen kahdessa lomakkeessa esitetyistä 137 kysymyksestä (joita vielä täydennettiin terveystarkastuksin ja verikokein). Kevennetyllä tiedonkeruulla pyrittiin varmistamaan, että kyselyyn saadaan riittävä määrä vastauksia.

Rinnakkaiskyselyyn vastasi hyväksytysti 1343 henkilöä (56 %). Vastausprosentti oli suurin kahdessa keskimmaisessä ikäryhmässä. Matalimmaksi se jäi nuorimmassa ikäryhmässä, mikä johtui tämänikäisten miesten selvästi muita heikommasta osallistumisaktiivisuudesta. Naiset vastasivat kyselyyn miehiä aktiivisemmin lukuun ottamatta vanhinta ikäryhmää, jossa heidän vastausprosenttinsa jäi jonkin verran pienemmäksi kuin miehillä. (Taulukko 2.1.)

Taulukko 2.1. Rinnakkaiskyselyn otos, vastanneet ja vastausprosentit osaryhmittäin

Ikäryhmä	Otos		Vastasi		Vastausprosentti		Yhteensä
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	
52–56 v	300	300	107	162	36	54	45
62–66 v	300	300	170	200	57	67	62
72–76 v	300	300	178	204	59	68	64
82–86 v	300	300	165	157	55	52	54
Yhteensä	1200	1200	620	723	52	60	56

Käytettävät aineistot

Vuoden 2012 tilannetta koskeva tarkastelu perustuu tässä julkaisussa yhdistettyyn aineistoon, jossa seurannan viimeisen tiedonkeruun tietoja on täydennetty samaan aikaan toteutetun rinnakkaiskyselyn aineistolla. Vuoden 2002 aineisto ja vuoden 2012 yhdistetty aineisto muodostavat tavallaan kaksi poikkileikkausta Päijät-Hämeen ikääntyvästä väestöstä kymmenen vuoden välein. Vaikka aineistot koostuvat osittain samoista henkilöistä, nämä edustavat eri ajankohtina eri ikäryhmiä viimeisten parin vuosikymmenen aikana yleistyneiden kotitalouspaneelien tavoin (ks. Smith, Lynn & Elliot 2009).

Aineistojen yhdistämisellä saavutetaan monia etuja:

- 1) Rinnakkaiskysely kattaa myös vuoden 2002 jälkeen Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän alueelle muuttaneet ja täydentää näiltä osin seurantatutkimuksen otosta
- 2) Rinnakkaiskysely mahdollistaa myös 50-vuotiaiden tilanteessa tapahtuneiden muutosten tarkastelun
- 3) Rinnakkaiskyselyssä ei esiinny seurannalle ominaista tutkimusväsymystä, joten se voi jonkin verran korjata kumuloituneesta kadosta aiheutuvaa harhaa
- 4) Rinnakkaiskyselyn avulla voidaan lieventää ”paneelioppimisen” vaikutusta tuloksiin
- 5) Rinnakkaiskysely lisää vastaajien kokonaismäärää, mikä vähentää tuloksiin liittyvää satunnaisvaihtelua.

Taulukosta 2.2 havaitaan, että näin muodostetut poikkileikkausaineistot ovat likipitään yhtä suuret kahdessa keskimmaisessa ikäryhmässä. Nuorimpaan, 52–56-vuotiaiden ikäryhmään kuuluvia on vuoden 2012 aineistossa huomattavasti vähemmän sen vuoksi, että tämä ikäluokka (vuosina 1956–60 syntyneet) ei kuulunut seurantatutkimuksen otokseen. Vastaavasti yli 80-vuotiaiden ikäryhmä on mukana vain vuoden 2012 aineistossa, jossa se koostuu seurannan vanhimmasta kohortista (jonka jäsenet ovat siis vanhentuneet 10 vuotta) ja rinnakkaiskyselyn vanhimmasta ikäryhmästä.

Taulukko 2.2. Yhdistetty tutkimusaineisto ikäryhmittäin

Ikä	Miehet		Naiset		Yhteensä	
	2002	2012	2002	2012	2002	2012
52–56 v	414	107	494	162	908	269
62–66 v	500	494	523	597	1023	1091
72–76 v	433	488	450	575	883	1063
82–86 v	-	307	-	310	-	617
Yhteensä	1347	1396	1467	1644	2814	3040

Rinnakkaiskyselyn aineistoa ei ole voitu hyödyntää läheskään kaikissa tarkasteluissa, sillä se on huomattavasti seurantatutkimuksen aineistoja suppeampi. Taulukon 2.2 vuotta 2012 luvut kuvaavatkin optimaalista tilannetta, jossa on voitu käyttää molempien kyselyjen tuloksia. Silloin, kun on tukeuduttu pelkästään seuranta-aineistoon, vastaajien määrä on pienempi: 62–66-vuotiaiden vastaajien määrä jää silloin 721:een, 72–76-vuotiaiden määrä 681:een ja yli 80-vuotiaiden määrä 295:een (ks. kuvio 2.1).

Taustatietoja julkaisun kohderyhmistä

Taulukkoon 2.3 on koottu edellä kuvattuihin aineistoihin tukeutuen joitakin perustietoja Päijät-Hämeen ikääntyvästä väestöstä vuosina 2002 ja 2012. Tiedot, samoin kuin kaikki muutkin tässä julkaisussa esiteltävät tulokset, on laskettu painotetusta aineistosta. Painokertoimenä on käytetty jokaiselle otoskiintiölle lasketun osallistumistodennäköisyyden käänteislukua. Menetelmä korjaa seurantatutkimuksen aineiston sukupuoli, ikä- ja kuntajakauman vastaamaan tutkittua väestöä. Rinnakkaiskyselyn aineistossa se korjaa vain sukupuoli- ja ikäjakauman väestön jakaumia vastaavaksi.

Taulukkoa voidaan lukea vaakasunnassa, mikäli ollaan kiinnostuneita ikäryhmien välisistä eroista vuonna 2002 tai vuonna 2012. Pystysuuntainen tarkastelu paljastaa puolestaan ikäryhmän tilanteesta tapahtuneet muutokset. Taulukkoa voidaan tarvittaessa lukea myös vasemmalta oikealle alaviistoon, mikäli lukija on ensisijaisesti kiinnostunut siitä, miten tietyn kohortin vanheneminen kymmenellä vuodella on vaikuttanut sen kokoonpanoon (esim. naisten osuuteen). Tässä julkaisussa keskitytään kuitenkin kahteen ensin mainittuun lukusuuntaan.

Olennoisimmat ajalliset muutokset on taulukossa ilmaistu lihavoinneilla. Niistä havaitaan, että koulutustaso on kymmenessä vuodessa parantunut kaikissa ikäryhmissä. Muutos on toteutunut kohorttivaihdunnan kautta: nuorempi kohortti on aina edeltävää kohorttia paremmin koulutettu. Myös keskimääräinen tulotaso on noussut kaikissa ikäryhmissä, ja sekin on tapahtunut osittain kohorttien vaihtumisen myötä. 62–66-vuotiaiden työmarkkina-asemassa on tapahtunut kymmenessä vuodessa yllättävän suuri muutos: tämän päivän kuusikymppiset (suurten ikäluokkien edustajat) ovat paljon yleisemmin työelämässä ja huomattavasti harvemmin eläkkeellä kuin heitä edeltävä 1930-luvun ikäpolvi samanikäisenä.

Taulukko 2.3. Taustatietoja tutkimukseen vastanneista: painotetusta aineistosta lasketut prosenttiosuudet (merkittävät muutokset lihavoitu)

	Vuosi	52–56 v	62–66 v	72–76 v	82–86 v
<i>Naisten osuus</i>					
	2002	49	53	60	-
	2012	51	51	56	66
<i>Koulutus</i>					
- ylioppilaita	2002	14	9	5	-
	2012	32	15	10	9
- opisto- tai korkea-asteen tutkinnon suorittaneita	2002	33	26	21	-
	2012	50	36	29	24
- käynyt koulua tai opiskellut päätoimisesti yli 12 vuotta	2002	25	15	10	-
	2012	50	27	18	14
<i>Pääasiallinen toiminta</i>					
- työssä koko- tai osa-aikaisesti	2002	79	11	1	-
	2012	79	27	1	0
- eläkkeellä	2002	7	85	99	-
	2012	8	65	99	100
<i>Käytettävissä olevat tulot, ilman inflaatiokorjausta</i>					
- mediaani (€/kulutusyksikkö/kk)	2002	1211	1054	893	-
	2012	2133	1670	1400	1200
<i>Kuntaryhmä</i>					
- reuna-alueen kunnissa asuvia	2002	14	17	20	-
	2012	12	15	18	17
- kehyskunnissa asuvia	2002	40	37	36	-
	2012	38	38	35	37
- Lahdessa asuvia	2002	46	46	44	-
	2012	50	47	47	46
<i>Asuinpaikka</i>					
- maaseututaajamissa asuvia	2002	22	21	19	-
	2012	19	22	25	20
- maaseudulla tai haja-asutus- alueella asuvia	2002	19	20	23	-
	2012	19	17	15	19

Ikääntyvän väestön asuinpaikoissa ja alueellisessa sijoittumisessa on kymmenessä vuodessa tapahtunut moninaisia mutta pääosin kohtalaisen pieniä muutoksia. Niistä kannattaa tässä yhteydessä nostaa esiin vain 72–76-vuotiaiden ikäryhmässä tapahtunut siirtymä maaseudulta maaseututaajamiin (pääosin kuntakeskuksiin): taajamaväestön osuus on noussut kuusi prosenttiyksikköä mutta maaseudulla tai haja-asutusalueella asuvien osuus on pudonnut peräti kahdeksan prosenttiyksikköä.

Tässä julkaisussa käytetään samaa kolmiportaista kuntaryhmittelyä kuin kymmenen vuotta sitten ilmestyneessä Ikääntyvä Päijät-Häme -julkaisussa (Karisto ym. 2003). Lahti muodostaa siinä oman kuntatyypinsä alueen ainoana suurena kaupunkina. Kehyskuntiin on luokiteltu Asikkala, Heinola, Hollola, Orimattila ja Nastola. Reuna-alueen kuntiin (tai lyhyemmin reunakuntiin) on puolestaan luettu muut tutkimusalueen kunnat eli Hartola, Hämeenkoski, Iitti, Kärkölä, Myrskylä, Padasjoki, Pukkila ja Sysmä. Luokittelua on perusteltu edellä mainitussa julkaisussa.

Joissakin tarkasteluissa, kuten oheisessa taulukossa, tukeudutaan kuntaryhmittelyn ohella asuinalueita koskevaan kysymykseen, jossa vastaajilta tiedusteltiin, asuvatko he (1) kaupungin keskustassa, (2) esikaupunkialueella, (3) maaseututaajamassa vai (4) maaseudulla tai haja-asutusalueella.

Kuntaryhmittelyn muodostamisen jälkeen on tapahtunut yksi kuntaliitos, kun Artjärvi ja Orimattila yhdistyivät vuonna 2011. Entisen Artjärven asukkaat on tässä julkaisussa luokiteltu edelleen reuna-alueen kunnissa asuvien ryhmään, jotta vuosien 2002 ja 2012 välinen vertailtavuus säilyy mahdollisimman hyvänä. Ratkaisua perustelee myös se, että artjärveläisten elämä ei ole olennaisesti muuttunut tai ehtinyt muuttua kuntaliitoksen vaikutuksesta.

Vuosien 2002 ja 2012 vertailtavuutta on turvattu myös siten, että Myrskylä – joka tuli tutkimukseen mukaan vasta vuonna 2005 – on jätetty tarkastelun ulkopuolelle kuvattaessa ikääntyvien päijäthämäläisten elämässä 10 vuoden aikana tapahtuneita muutoksia. Myrskyläläiset ovat kuitenkin mukana silloin, kun tarkastellaan ikääntyvien tilannetta vuonna 2012. Koska molemmat kunnat ovat väkiluvultaan pieniä, edellä kuvatuilla ratkaisuilla on lähinnä periaatteellinen merkitys (vrt. kuitenkin taulukko 3.7, jossa myrskyläläisten mukana olo nostaa autoa käyttävien naisten osuutta – pyöristys-säännöistä johtuen – yhdellä prosenttiyksiköllä).

Lopuksi

Ikihyvän seurantutkimuksessa kerätty aineisto tarjoaa Suomen oloissa poikkeuksellisen monipuolisia mahdollisuuksia ikääntyvän väestön hyvinvoinnin, terveyden, terveyskäyttäytymisen, toimintakyvyn ja vanhenemisen kokemusten sekä niissä tapahtuneiden muutosten tarkasteluun. Tässä julkaisussa aineistoa tarkastellaan vielä varsin perinteisestä näkökulmasta: yksilöllisiä ikääntymisprosessien, elämänmuutosten ajallisen ketjuuntumisen ja niihin vaikuttaneiden tekijöiden analyysin sijasta – jonka aineiston pitkäikäisluonne mahdollistaa – keskitytään ikäryhmittäisten muutosten ja vuoden 2012

poikkileikkaustilanteen tarkasteluun, mikä toivottavasti hyödyttää alueellista kehittämistyötä ja päätöksentekoa.

Ikihyvän tutkimusaineisto on maakunnallinen, mutta tarkasteltavana oleva Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän alue edustaa alue- ja väestörakenteeltaan keski-verta-Suomea. Lähes puolet alueen väestöstä asuu maakunnan keskuskaupungissa Lahdessa, runsas kolmannes sitä ympäröivissä kehyskunnissa ja vajaa viidennes kauempana maaseutumaisemmissa kunnissa. Väestön koulutus- ja tulotaso on selvästi suurten kaupunkien tasoa alhaisempi, mutta lähellä koko maan keskiarvoja. Ammattijakauma on monipuolinen, ja elämäntilanteen näkökulmasta katsoen on tärkeää, että joukossa on niin alkuperäisiä päijäthämäläisiä kuin karjalaista siirtoväestöä sekä Savosta ja muualta Itä-Suomesta aikoinaan paikallisen teollisuuden palvelukseen muuttaneita.



Kuva: Kirsti Neny

3 Elinympäristö

Antti Karisto ja Ilkka Haapola

- ❖ Oma koti kullaa kallis! Kotiin ja tutuksi tulleeseen elinympäristöön on kiinnytty, ja siellä halutaan pysyä vielä vanhanakin. Mutta jos itsenäinen asuminen kotona ei enää onnistu, ei muitakaan asumisen vaihtoehtoja karsasteta mitenkään yksituumaisesti. Suhtautumistapa, joka asettaa hoivan ja huolenpidon saannin asumismuodon edelle, on yleistynyt naisten keskuudessa.
- ❖ Jotta itsenäinen asuminen onnistuisi, palvelut sekä niiden saavutettavuutta parantavat liikenne- ja tietoliikenneyhteydet ovat tarpeen. Tietokoneet ovat levinneet vauhdilla myös eläkeikäisten talouksiin, ja sukupuolten väliset erot suhteessa ja suhtautumisessa tietokoneisiin ovat kaventuneet. Vuonna 2002 tietokone oli muiden koneiden tavoin paljon tutumpi miehille kuin naisille, mutta vuonna 2012 ei 62–66-vuotiaiden miesten ja naisten välillä ollut enää eroa sen suhteen, käyttäkö tietokonetta.
- ❖ Tasa-arvoistumista on tapahtunut myös auton käytössä, joskin yksinasuvat naiset ovat edelleen huonossa asemassa. Auton omistus on yleisempää maaseudulla, jossa se on toisella tavoin tarpeellinenkin kuin kaupungissa. Päijät-Hämeen reuna-alueella kauppamatkat ovat pidentyneet entisestään, sillä kauppapalvelujen keskittyminen on jatkunut.
- ❖ Asenneilmastokin on osa ikäihmisten arkielämään ja toimintamahdollisuuksiin vaikuttavaa elinympäristöä. Sallivuus on lisääntynyt, eikä ikääntyvien ihmisten elämä ole enää niin normitettua kuin se aikaisemmin oli. Hyvin yleistä on kuitenkin ajatella, että iäkkäitä ihmisiä ei arvosteta. Eläkeläisiä koskevien sosiaali- ja terveyspalvelujen ei juuri uskota parantuvan, eikä vastaajien mielestä eläkeläisiä paljon ajatella kauppapalveluita kehitettäessä.

Koti lähiympäristönä

Edempänä, luvussa 8 esille tulevassa pitkässä hyvinvointimittarissa on vain harvoja osioita, joiden koettu merkitys omalle hyvinvoinnille kasvaa iän mukana. Kolme lähiympäristöön liittyvää osiota – asunnon laatu ja varustetaso, suhteet naapuriin ja palvelujen läheisyys – ovat kuitenkin sellaisia (Karisto ym. 2010). Vanhana ihmiset ovat

riippuvaisia kodistaan ja lähiympäristöstään, joskus sidottujakin sinne, joten lähiympäristön laatu on tärkeää.

Koti on ihmistä lähimpänä oleva ympäristö. Suomalaisessa ikäpolitiikassa vallitsee pitkälle menevä yhteisymmärrys siitä, että omassa kodissa – tai mahdollisimman kodinomaisissa olosuhteissa – asuttu vanhuus on se, jota tulee tavoitella. Siitä lähtee myös heinäkuun alussa 2013 voimaan astuva vanhuspalvelulaki. Kotiin tuotuna hoito ja hoiva tulevat halvemmaksi kuin hoitolaitoksessa, ja kotona asuminen on myös vanhojen ihmisten oman mielen mukaista. Kotona kaikki on tuttua, siellä osataan toimia, vaikka toimintakyky olisi jo heikentynyt.

Asumisen toiminnallisuutta ja turvallisuutta on mahdollista parantaa erilaisin järjestelyin. Niitä oli tehnyt viimeisten neljän vuoden aikana joka kuudes 62–66-vuotias, joka viides 72–76-vuotias ja useampi kuin joka neljäs 82–86-vuotias. Nuorimmassa ikäryhmässä oli tehty pääosin teknisiä muutostöitä, esimerkiksi uusittu wc- ja pesutiloja tai keittiökalusteita. Vanhimmassa ikäryhmässä sen sijaan peräti joka kymmenes nainen oli muuttanut ikääntyvälle paremmin soveltuvaan asuntoon. Miehistä näin oli tehnyt huomattavasti harvempi, joka kahdeskymmenes. (Taulukko 3.1.)

Taulukko 3.1. Asumisessaan viimeisten neljän vuoden aikana muutoksia tehneiden prosenttiosuudet

	Miehet			Naiset		
	62–66 v	72–76 v	82–86 v	62–66 v	72–76 v	82–86 v
Asuntoani on kunnostettu ikääntyvän asumiseen sopivammaksi	10	15	13	9	12	12
Olen muuttanut ikääntyvälle paremmin soveltuvaan asuntoon	3	5	5	5	7	11
Olen muuttanut palvelutaloon	0	0	2	0	1	2
Joku on muuttanut luokseni asumaan tai olen muuttanut jonkun luokse asumaan	0	1	0	0	0	1
Muu muutos	2	2	2	4	3	6
Vähintään yksi yllä mainituista muutoksista	14	21	22	18	21	29

Oma koti on jotakin enemmän kuin vain arkista toimintaa tukeva asunto. Se on myös mielen koti, johon voi olla hyvinkin voimakas tunnesuhde. Koti ja sen ympäristö edustavat jatkuvuutta ja vaikuttavat ihmisten identiteettiin asti (Peace ym. 2006). Kun vastaajilta kysyttiin erilaisia ilonaiheita, osoittautui että asuminen omassa kodissa oli ilonaiheena yleisin. Kokonaista 95 prosenttia kuusikymmenvuotiaista naisista ja

85 prosenttia miehistä sanoo, että se on ”suuri ilonaihe”. Kahdessa vanhimmassa ikäryhmässä ei sukupuolieroakaan ole: yli 90 prosenttia miehistä ja naisista pitää omassa kodissa asumista suurena ilonaiheena.

Taulukon 3.2 mukaan useimmat haluavat asua nykyisessä elinympäristössään elämänsä loppuun asti, vaikka toimintakyky alkaa monilla jo heikentyä. Toisinaan omassa kodissa asuminen käy kuitenkin mahdottomaksi, eikä sitä sentään tule pitkittää mihin hintaan hyvänsä. Ylivoimainen enemmistö vastaajista onkin sitä mieltä, että ”minulle ei ole niin suurta merkitystä sillä, missä asun vanhana; tärkeämpää on se, että saan hyvän hoidon ja että minusta pidetään hyvää huolta”.

Tuntuu ristiriitaiselta, että selvä enemmistö on samanmielisiä molempien taulukossa 3.2 esillä olevien väittämien kanssa, mutta tämä liittyy vanhenemisen ja vanhuuden ristiriitaiseen olemukseen. Vanhuudelta odotetaan jatkuvuutta, mutta lähes väistämättä siihen kuuluu myös epäjatkuvuuksia ja katkoksia, joihin on koettava sopeutua. Koti ja totuttu elinympäristö ovat vastaajille tärkeitä, mutta hoito ja huolenpito vielä niitäkin tärkeämpiä. Vaikka halutaan vanheta tutussa ympäristössä, tiukan paikan tullen siitä ollaan valmiita tinkimään.

**Taulukko 3.2. Elinympäristön ja huolenpidon koettu tärkeys vanhuudessa:
niiden vastaajien prosenttiosuudet, jotka ovat täysin tai osittain samaa
mieltä väittämien kanssa**

		52–56 v	62–66 v	72–76 v	82–86 v
Minulle on tärkeää saada asua elämäni loppuun asti nykyisessä elinympäristössä.	Miehet 2002	60	76	87	-
	Miehet 2012	-	74	83	82
	Naiset 2002	48	63	75	-
	Naiset 2012	-	55	68	75
Minulle ei ole suurta merkitystä sillä, missä asun vanhana. Tärkeämpää on se, että saan hyvän hoidon ja että minusta pidetään hyvää huolta.	Miehet 2002	78	85	82	-
	Miehet 2012	-	83	85	89
	Naiset 2002	83	83	90	-
	Naiset 2012	-	85	88	90

Taulukossa 3.2 on runsaasti informaatiota ja sitä voidaan lukea monessa suunnassa. Nähdään ensiksikin, että ensimmäiseen väittämään otetut kannanotot riippuvat iästä: vanhemmat vastaajat ovat nuorempia useammin sitä mieltä, että on tärkeää saada asua kotona elämän loppuun asti. Eroja on myös miesten ja naisten asennoitumisessa: useammat miehet kuin naiset korostavat kotona asumisen tärkeyttä. Toiseen väittämään otetuissa kannoissa ei sen sijaan ole olennaisia eroja ikäryhmien eikä sukupuolten kesken.

Koska ensimmäiseen väittämään otetut kannat riippuvat iästä, ajallista muutosta on syytä tarkastella vertailemalla samanikäisiä vastaajia. Nähdään, että miesten kannanotoissa ei ole tapahtunut juuri muutoksia vuosien 2002 ja 2012 välillä, mutta naisista hieman harvemmat pitävät nykyisessä elinympäristössä asumisen jatkumista tärkeänä kuin kymmenen vuotta aikaisemmin.

Voidaan päätellä, että vaikka oman kodin ja totutun elinympäristön tuoma pysyvyys on tärkeää ja vaikka se ikääntyessä koetaan entistäkin tärkeämmäksi, elinympäristön pysyvyydestä ei sittenkään tehdä ylitsepääsemätöntä kynnyskysymystä. Naisten voi sanoa asennoituvan miehiä pragmaattisemmin: muutoksiin mukautuva tai hoivan ja huolenpidon ensisijaisuutta tähdentävä suhtautumistapa on yleistynyt juuri heidän keskuudessaan.

Haluttua vanhenemisen paikkaa koskevat kannanotot riippuvat tavasta, jolla asiaa kysytään. Jos kysytään vain kodin tärkeyttä tai sitä, haluaako mieluummin asua kotona vai muualla, koti saa tietenkin lähes kaikkien kannatuksen. Vertailuja ja valintoja on kuitenkin mielekkäämpää tehdä siinä tilanteessa, jossa kotona pärjääminen on vakavasti vaikeutunut. Niinpä vastaajien puntaroitavaksi asetettiin tilanne, jossa voimat eivät enää riitä itsenäiseen asumiseen. Piti ottaa kantaa siihen, olisiko palvelutalossa asuminen tällöin ”mieluisin vaihtoehto”. Kysyttiin myös sitä, miten vanhainkotityyppiseen asumiseen suhtaudutaan, jos voimat eivät riitä itsenäiseen asumiseen. Tällaista tilannetta kuvittava väittämä kuului: ”jos voimani eivät riitä itsenäiseen asumiseen, ei minulla olisi mitään vanhainkotiin muuttamista vastaan”. Vastaajien kannanottoja ei johdateltu mihinkään suuntaan, sillä yksi väittämä kuului: ”vaikka voimani vähenisivät, en lähde kotoani kuin ’jalat edellä’ ”.

Samat väittämät esitettiin vastaajille myös vuonna 2002, ja jo silloin ne tuottivat kiinnostavia, osittain yllättäviäkin tuloksia suhteessa julkiseen keskusteluun, jossa vanhusten laitosasuminen on usein leimautunut suorastaan hyvinvoinnille vahingolliseksi vaihtoehdoksi. Tilanteessa, jossa voimat eivät riitä itsenäiseen asumiseen, lähes yhdeksälle kymmenestä palvelutalossa asuminen oli silloin mieluisa vaihtoehto, eikä erikäisten kannanotoissa ollut suuria eroja. Vanhainkotiasumista ei kysymyksessä kutsuttu ”mieluisaksi” vaihtoehdoksi, mutta vuonna 2002 kolme viidesosaa piti sitäkin mahdollisena. Joka neljäs otti sen sijaan tiukan kannan ja sanoi, ettei lähde kotoa kuin ”jalat edellä”. Hieman keskimääräistä enemmän heitä oli vanhimmassa, 1920-luvun lopulla syntyneessä ikäryhmässä. (Karisto ym. 2003, 69–71.)

Tutkiessaan pientä päijäthämäläistä maalaiskylää ikääntymisen ympäristönä Leena Vuorinen (2009) osui vanhenemisen paikkaan liittyvän jatkuvuuden ja katkoksisuuden sosiokulttuuriseen taustaan. Hän huomasi, kuinka viljelijäkulttuuriin kuuluu luottamus siihen, että ihminen voi vanheta ja asua kotikonnuillaan elämänsä loppuun saakka. Saman kylän tilattomilla, palkkatyöstä leipänsä hankkineilla asukkailla ei ollut vastavaa kulttuurista turvaa kotitilasta ja sen symbolisestikin edustamasta jatkuvuudesta, ja he olivat joutuneet ajatuksellisesti etukäteen sopeutumaan myös muuton mahdollisuuteen. Vuoden 2002 Ikihyvä-aineistossakin tuli esille joitakin kaupunki–maaseutu-eroja: haja-asutusalueilla palvelutalossa asumista pidettiin hieman harvemmin mieluisana vaihtoehtona edellä kuvatussa kuvitteellisessa tilanteessa, ja Päijät-Hämeen agraarisel-

la reuna-alueella oli taas aavistuksen enemmän niitä, jotka halusivat asua kotonaan loppuun saakka (Karisto ym. 2003, 70).

Entä nyt? Ovatko asenteet muuttuneet viimeisten kymmenen vuoden aikana? Eivät juurikaan, sillä vain joitakin hiuksenhienoja eroja on havaittavissa. Vuonna 2012 palvelutaloa mieluisana pitävien osuus oli hivenen kasvanut 72–76-vuotiaiden keskuudessa, mutta 62–66-vuotiaiden keskuudessa oli käynyt päinvastoin: etenkin väittämän kanssa ”täysin samaa mieltä” olevien osuus oli pienentynyt. Vanhainkotivaihtoehtoa karsastetaan molemmissa ikäryhmissä nyt hivenen aikaisempaa enemmän, mikä näkyy ennen muuta ”täysin samaa mieltä” olevien vähenemisenä. Nuorempaan ikäryhmään kuuluvissa miehistä, siis 62–66-vuotiaissa, on nyt aavistuksen enemmän niitä, jotka haluavat ehdottomasti vanheta kotonaan, mutta 72–76-vuotiaissa heitä on taas vähemmän kuin kymmenen vuotta sitten. Miesten kiinnittyminen kotiin on tämän väittämän valossa lujempaa kuin naisten: 62–66-vuotiaista miehistä 35 prosenttia sanoo lähtevänsä kotoaan ”vain jalat edellä”, mutta samanikäisistä naisista tätä mieltä on vain vajaa viidennes (18 %).

Kannanottoja ei pidä tulkita niin, että palvelutaloa ja vanhainkotiä pidettäisiin kodin veroisena saati sitä parempana vanhenemisen paikkana. Ottaessaan kantaa väittämisiin vastaajat ovat joutuneet valitsemaan välttämättömän ja selittämään sen itselleen kyllin hyväksi. Kannanotot eivät asetu poikkiteloin nykyisen kotikeskeisen ikäpolitiikan kanssa, mutta asumisen vaihtoehtoja ne pakottavat kyllä miettimään.

Ympäristönä tietoyhteiskunta

Suomalaista yhteiskuntaa kutsutaan usein tietoyhteiskunnaksi, sillä niin perinpohjaisesti on uusi tietotekniikka muovannut työ- ja arkielämäämme. Tietoyhteiskunnassa on avautunut monia mahdollisuuksia, mutta se on tuottanut myös uhkia ja uutta eriarvoisuutta. Paljon puhutaan ”digitaalisesta kuilusta” eli siitä, että ihmiset jakautuvat tietotekniikasta saamansa hyödyn mukaan. Samanaikaisesti kun toiset liikkuvat entistä enemmän ja luontevammin ”tiedon valtaväylillä”, toiset jäävät niiltä sivuun. Kuiluun putoamisen uhan on ajateltu koskevan erityisesti iäkkäitä ihmisiä ja niitä sukupolvia, jotka eivät työssä ollessaan ehtineet olla tekemisissä tietokoneiden kanssa (esim. Laiho 2011).

Sillä ei ole ehkä suurta merkitystä, oppivatko vanhat ihmiset uusien tietokonepelien käyttäjiksi tai liittyvätkö he facebookiin, mutta nykyisin monien arkisten asioiden hoitaminenkin alkaa olla hankalaa, jos ei ole tietokonetta käytössä. Palvelut ja niitä koskeva tieto ovat siirtyneet tietoverkkoon, puhelinluettelot ovat menettäneet merkityksensä, ja pankissa asioiminen on tehty hankalaksi ja kalliiksi. Paljon puhuvan esimerkin siitä, mitä digitaalinen kuilu voi käytännössä merkitä, antaa Leena Vuorisen (2009) Ikihyvä-hankkeeseen löyhästi liittyvä tutkimus. Hänen tutkimastaan päijätähämäläisestä maalaiskylästä palvelut olivat kadonneet lukuun ottamatta palvelulinjaa, joka juuri tutkimusta tehtäessä oli ulotettu tällekin kylälle. Tutkija kuitenkin huomasi, etteivät kaikki kylän ikäihmiset tieneet, että heidän kylästään on liikenneyhteys kuntakeskukseen, ja kun hän kysyi kunnan elimistä, miten palvelulinjasta oli tiedotettu, vastaus kuului: ”lähinnä

netissä”. Yhdellekään kylän ikäihmisellä ei vain ollut internetyhteyttä silloin, kun tutkimuksen aineisto kerättiin.

Digitaalisen kuilun uhkaan on reagoitu ”tietoyhteiskunta kaikille” -tyyppisin tavoitteenasetteluin ja tunnuksin. Vuosituhannen vaihteessa haaveiltiin koko kansan tietoyhteiskunnasta, joka veisi tietoyhteiskunnan ”kouluihin, vanhuksille ja syrjäkyliin” ja kuroisi umpeen alueellisia eroja (Oksa 2012, 112). Päijät-Hämeessäkin käynnistyi Sitran ”Oppivat seutukunnat” -hanke, joka tähtäsi tällaisiin tavoitteisiin. Hanke kuitenkin hiiptui ja sen vaiheita selostava Jukka Oksa toteaa alakuloisesti, että enää ei edes ”intoilla koko kansan tietoyhteiskunnasta” (mts., 121).

Taulukko 3.3. Niiden prosenttiosuudet, joilla on tietokone käytettävissä ja jotka myös käyttävät sitä (kysymykseen vastaamattomat on tulkittu ei-käyttäjiksi)

	52–56 v	62–66 v	72–76 v	82–86 v
Miehet				
2002	54	27	11	-
2012	-	74	49	21
Naiset				
2002	46	14	2	-
2012	-	73	34	7

Käytännössä tietokone on kuitenkin levinnyt vauhdilla myös eläketalouksiin, ja sukupuolten väliset erotkin ovat kaventuneet (taulukko 3.3). Vuonna 2002 tietokone oli muiden koneiden tavoin paljon tutumpi miehille kuin naisille, mutta kymmenen vuotta myöhemmin ei kuusikymmenvuotiaiden miesten ja naisten välillä ollut enää eroa sen suhteen, käyttääkö tietokonetta. Kun vuonna 2002 ani harva 70 vuotta täyttänyt nainen käytti tietokonetta, kymmenen vuotta myöhemmin tilanne oli jo täysin toinen. Tietokonetta ryhdytään käyttämään aika iäkkäänäkin.

Huomattakoon vielä se, että taulukossa 3.3 kaikkien kysymykseen vastaamatta jättäneiden on tulkittu olevan sellaisia, että he eivät käytä tietokonetta. Taulukon käyttöluvut eivät siis ole ainakaan liioiteltuja. Ne eivät kuitenkaan paljon poikkea Vanhus- ja lähimmäispalvelujen liiton ja Vanhustyön keskusliiton KÄKÄTE-projektin (Käyttäjille kätevä teknologia) vuonna 2011 tekemän tutkimuksen (Intosalmi ym. 2013) tuloksista, joiden mukaan tietokone oli käytössä 23 prosentilla 75–79-vuotiaista suomalaisista, tai Viestintäviraston tuoreimman selvityksen luvuista, joiden mukaan 53 prosenttia 65–79-vuotiaista käytti internetiä (Viestintävirasto 2012).

Tietokone on myös yhteydenpitoa helpottava väline. Sen avulla ikäihmisetkin lähettävät lisääntyvästi sähköpostia ja soittavat skype-puheluja kaukana asuville sukulaisilleen ja ystävilleen. Myös muut tietoliikenneyhteydet ovat parantuneet. Matkapuhelin on nykyisin lähes kaikilla. Kun vuonna 2002 69 prosentilla 62–66-vuotiaista naisista ja 84 prosentilla samanikäisistä miehistä oli matkapuhelin, vuonna 2012 se on yhdeksäläkympinellähdeksällä sadasta. Seitsemänkymppisillä päijäthämäläisillä miehillä ja naisilla matkapuhelintiheys on noussut 94 prosenttiin ja kahdeksänkymppisten keskuu-

nessa yli 80 prosentin. Vanhimmassa ikäryhmässä miehet käyttävät matkapuhelinta naisia yleisemmin (82 % vs. 72 %), mutta heidän joukossaan on toisaalta naisia enemmän myös niitä, jotka eivät kännykkää käytä vaikka sellaisen omistavatkin (9 % vs. 4 %).

Taulukko 3.4. Niiden prosenttiosuudet, jotka ovat täysin samaa mieltä siitä, että "tietokoneista voi olla paljon iloa ja hyötyä myös eläkeläisille"

	52–56 v	62–66 v	72–76 v	82–86 v
Miehet				
2002	56	39	21	–
2012	–	51	40	22
Naiset				
2002	52	35	21	–
2012	–	58	41	24

Tietoliikennevälineiden käytön ohella myös asenteet ja odotukset ovat muuttuneet. Entistä useampi on – ehkäpä omien käyttökokemustensa koulimana – vakuuttunut siitä, että ”tietokoneista voi olla paljon iloa ja hyötyä myös eläkeläisille”. Yllättävää on, että taulukon 3.4 mukaan kuusikymppiset naiset ovat nyt jopa samanikäisiä miehiä vakuuttuneempia siitä. Vaikka iän mukaiset erot ovat selvät ja vaikka monet ikäihmiset epäilemättä edelleenkin ovat tietoyhteiskunnan katveessa, tapahtuneet suuret muutokset on syytä panna tyydytyksellä merkille. Päijäthämäläisten ikäihmisten suhde ja suhtautuminen tietokoneisiin on aivan toinen kuin kymmenen vuotta aikaisemmin.

Teknologiasta apua

Teknologiaan kohdistuu kovia yhteiskunnallisia odotuksia väestön vanhetessa. Uusien teknisten ratkaisujen toivotaan esimerkiksi parantavan vanhustyön tuottavuutta ja tekevän palvelutuotannosta entistä virtaviivaisempaa. Ihmistyötä korvaavan teknologian odotetaan lievittävän hoiva-alaa uhkaavaa työvoimapulaa. Teknisten keksintöjen uskotaan myös tuottavan turvallisuutta sekä kompensoivan toimintakyvyn murenemistä ja helpottavan vanhojen ihmisten itsenäistä asumista esimerkiksi parantamalla mahdollisuuksia etäasiointiin. (esim. Kaakinen & Törmä 1999; Kuusi 2001; Raappana & Melkas 2009.)

Ihmisten oma usko siihen, että tekniset apuvälineet helpottavat elämää, on kuitenkin heikentynyt. Etenkin 62–66-vuotiaat ovat sangen epäuskoisia. Taulukoissa 3.4 ja 3.5 esillä olevat kysymykset esitettiin vastaajille peräkkäin, ja silti niiden antama kuva suhtautumistavoista ja niiden muutoksesta on erisuuntainen. Mutta niin on kysymysten kohdekin: edellinen kysymys viittasi siihen iloon ja hyötyyn, joka tietokoneista voi olla henkilökohtaisessa elämässä, jälkimmäinen taas yleisempää uskoa tekniikkaan, joka ei siis ole lisääntynyt.

Taulukko 3.5. Niiden prosenttiosuudet, jotka ovat täysin samaa mieltä siitä, että "lähivuosina ikäihmisten elämä helpottuu teknisten apuvälineiden ansiosta"

	52–56 v	62–66 v	72–76 v	82–86 v
Miehet				
2002	23	26	24	-
2012	-	12	17	18
Naiset				
2002	25	26	28	-
2012	-	16	20	20

Kauppamatkan pituus

Vanhetessa liikkumisen piiri supistuu ja etäisyyksien voittaminen käy vaikeaksi, ellei apuna ole liikenne- ja tietoliikennevälineitä. Itsenäisen asumisen kannalta olennaista on, miten kaukana ovat päivittäistavaroiden hankintaan liittyvät lähipalvelut. Taulukko 3.6 kuvaa lähimmän ruokakaupan etäisyyttä kotoa. Käytännössä kauppamatka on siis kaksi kertaa pitempi, koska kotiinkin on kaupasta tultava. Taulukon kaksi tunnuslukua – keskiarvo ja mediaani eli keskimäinen havaintoarvo – antavat asiasta aika erilaisen kuvan. Niistä mediaani on sikäli kuvausvoimaisempi, että se kertoo keskivertovastaajan kauppamatkan pituuden: joka toisen vastaajan kauppamatka on mediaanilukua pitempi ja joka toisen sitä lyhyempi. Mediaani ei kuitenkaan kerro, kuinka paljon etäisyydet vaihtelevat. Vaikka väestön enemmistö asuu kunnan keskustaajamassa markettien läheisyydessä, se ei paljon lohduta niitä syrjäkyläläisiä, jotka joutuvat kaupakuolemien tai myymäläauton lopettamisen vuoksi hakemaan päivittäiset ruokatarpeensa kymmenien kilometrien takaa. Sen vuoksi mediaanin rinnalla on paikallaan tarkastella myös aritmeettista keskiarvoa, joka on herkempi ääriarvoille. Esimerkiksi reunakunnissa yksisuuntaisen kauppamatkan mediaani on kaksi kilometriä mutta keskiarvo miltei viisi kilometriä. Tämä kertoo, että myös hyvin pitkät kauppamatkat ovat todellisuutta. Niiden kuvaamiseksi taulukossa on esitetty viimeisen desiilin alaraja eli se etäisyys, jota kauempana kymmenesosa vastaajista asuu.

Taulukon 3.6 mukaan kauppamatkojen mediaani on viimeisten kymmenen vuoden aikana pysynyt ennallaan. Keskiarvo on kuitenkin pienentynyt sen vuoksi, että ylimässä desiilissä etäisyys ruokakauppaan on lyhentynyt kahdella kilometrillä. Reunakunnissa kauppamatkojen mediaan on jonkin verran pidentynyt, mikä kertoo kauppalvelujen keskittymisestä. Lahdessa keskimääräiset etäisyydet ruokakauppaan ovat pysyneet ennallaan, ja kehyskunnissa ne ovat jopa lyhentyneet.

Etäisyyksiä lähimpään ruokakauppaan tarkastellaan taulukossa 3.6 myös asuinalueen tyypin mukaan. Se paljastaa, että kuntataajamien ulkopuolella eli maaseutukylissä ja haja-asutusalueilla asuvien kauppamatkat ovat varsin pitkiä: joka toinen joutuu käymään ostoksilla vähintään yhdeksän kilometrin päässä ja joka kymmenes yli 16 kilo-

metrin päässä. Yksisuuntaisen kauppamatkan mediaani on lisäksi kasvanut kymmenessä vuodessa kilometrillä ja keskiarvokin lähes yhtä paljon.

Se, että maaseudulla asuvien kauppamatkojen piteneminen ei tule esille kuntatyyppin mukaisessa tarkastelussa, johtuu kuntien sisäisestä muuttoliikkeestä. Reuna-alueen kunnissa – samoin myös kehyskunnissa – maaseutukyliä ikääntyvä väestö on supistunut peräti kolmanneksella vuosina 2002–2012, kun taas kirkonkylien ja keskustajamien väkiluku on joko pysynyt kutakuinkin ennallaan tai jopa kasvanut. Ikääntyvän väestön alueellinen keskittyminen on ollut jopa kaupallisten palvelujen keskittymistä nopeampaa, joten keskimääräiset asiointietäisyydet eivät ole kasvaneet.

Taulukko 3.6. Etäisyys lähimpään ruokakauppaan: keskiarvot, mediaanit ja pisimmän desiilin alarajat metreinä (pyöristettynä lähimpään 100 metriin)

	Vuosi	Keskiarvo	Mediaani	Pisin desiili*
Kaikki 62–66- ja 72–76 -vuotiaat	2002	2 600	1 000	9 000
	2012	2 300	1 000	7 000
Lahti	2002	800	500	2 000
	2012	800	500	2 000
kehyskunta	2002	3 500	1 000	10 000
	2012	3 100	1 000	10 000
reunakunta	2002	5 000	1 700	13 800
	2012	5 000	2 000	12 000
kaupungin keskusta	2002	500	400	1 000
	2012	400	400	1 000
esikaupunkialue	2002	1 100	600	2 000
	2012	1 000	600	2 000
maaseututaajama	2002	1 200	800	2 000
	2012	1 500	1000	3 000
maaseutu tai haja-asutusalue	2002	8 500	8000	16 000
	2012	9 300	9000	16 200
<i>Tilanne vuonna 2012</i>				
62–66 v	2012	2 500	1 000	8 500
72–76 v	2012	2 100	700	6 000
82–86 v	2012	2 600	700	9 700

* Desiilin alaraja eli 10 % yhdensuuntaisista kauppamatkoista vähintään tämän pituisia.

Edellä esitetty muutostarkastelu koskee vain keskimmäisiä ikäryhmiä eli 62–66- ja 72–76-vuotiaita, joiden osalta muutosta voidaan mitata. Taulukon 3.6 alaosasta voidaan kuitenkin havaita, että 82–86-vuotiaiden ikäryhmässä pisimmät kauppamatkat (ylin desiili) olivat vuonna 2012 jopa muita ikäryhmiä pitempiä sen vuoksi, että joka viides tämänikäisistä asuu edelleen maaseutukylissä tai haja-asutusalueilla.

Vanhenemista maaseudulla vaikeuttaa se, että muutkin kaupalliset ja yhteiskunnalliset palvelut ovat lähes täysin kadonneet. Puoli vuosisataa sitten niin myymälä- kuin pankkiautotkin veivät palveluja myös syrjäkulmien asukkaille, ja Kelan autoklinikka-toiminta innoitti nimimerkki Eino-Ollin (vuonna 1966) jopa kuvittelemaan senaikaisten mobiilipalvelujen paisumista. Nyt kunnallinen kirjastoauto on (kuihtumassa olevien) jäätelöautojen ohella ainoa palvelumuoto, joka vielä kiertää myös syrjäkyliä.



Syrjäkylän näkymä (Olavi Hurmerinnan piirros vuodelta 1966)

On tosin kehitetty palvelutaksien, koulukyytien ja taksisetelien tapaisia järjestelyjä, joilla syrjäkulmien asukkaat saadaan viedyksi palvelujen luo. Mutta paremmassa asemassa ovat ne maaseudun asukkaat, joilla on oma auto.

Apuvälineenä auto

Maaseudulla auto on ikäihmisille aivan toisella tavoin tarpeellinen kuin kaupungissa (Tedre & Pulkkinen 2011). Taulukon 3.7 mukaan maaseudulla asuvilla onkin auto useammin kuin lahtelaisilla. Yli kahdeksankymppisistäkin haja-asutusalueella asuvista kolme viidesosaa käyttää autoa, mutta kaupunkikeskustassa asuvista alle kolmasosa. Samoin kuin edellä tietokoneiden kohdalla, tässäkin vastauksia on tulkittu niin, että kysymykseen vastaamatta jättäneillä ei ole autoa käytettävissään.

Taulukko 3.7. Niiden prosenttiosuudet, joilla on käytettävissä auto ja jotka myös käyttävät sitä sekä muutokset (2002–2012) autoa käyttävien miesten ja naisten prosenttiosuuksissa

	62–66 v	72–76 v	82–86 v
Kaikki	78	67	42
Miehet	89	92	79
Naiset	68	48	23
Lahti	74	64	38
kehyskunta	83	71	49
reunakunta	77	69	45
kaupungin keskusta	71	63	29
esikaupunkialue	76	65	48
maaseututaajama	77	70	38
haja-asutusalue	90	75	59
<i>Muutos 2002–2012</i>			
miehet 2002	90	89	-
miehet 2012	89	92	79
naiset 2002	50	31	-
naiset 2012	67	47	23

Samoin kuin tietokoneen myös auton käytössä sukupuolten väliset erot ovat kaventuneet vastikään eläkkeelle jääneiden ikäisten keskuudessa. Vuonna 2002 auton käytön sukupuoliero oli kuusikymmenvuotiailla 40 prosenttiyksikköä, mutta vuoteen 2012 mennessä se oli supistunut 22 prosenttiyksikköön. Vanhemmassa, 70-vuotiaiden ikäryhmässäkin naisten auton käyttö on huomattavasti yleistynyt, mutta sukupuoliero ei ole juuri supistunut. (Taulukko 3.7)

Jos perheessä on auto, se on myös naisten käytettävissä. Sen sijaan leskeksi jäädes-
sään naiset jäävät usein ilman autoakin. Vuonna 2012 vain 36 prosenttia yksin asuvis-
ta naisista käytti autoa, mikä on alle puolet yksinasuvien miesten luvusta. Sukupuoliero
on todella suuri kaikkein vanhimmassa ikäryhmässä: kun 73 prosenttia yksinasuvista
82–86-vuotiaista miehistä autoilee, samanikäisistä yksinasuvista naisista autoa käyttää
19 prosenttia.

Arkeen vaikuttava asenneilmasto

Ikääntyvien arkielämään ja toimintamahdollisuuksiin vaikuttaa aineetonkin ympäristö,
esimerkiksi asenneilmasto. Tutkimusaineisto antaa monia mahdollisuuksia tarkastella
sitä, miten ikääntyvät ihmiset kokevat heihin suhtauduttavan. Seuraavassa tutkitaan en-
sin sallivuutta eli sitä, miten sopivina erilaisia asioita pidetään eläkeikäisille. Sitten sel-
vitetään vastaajien kokemuksia siitä, miten iäkkäitä arvostetaan ja miten yhteiskunta-
poliittinen päätöksenteko ja muu yhteiskunnallinen elämä heitä kohtelevat.

Sallivuutta tutkailtiin kysymällä, ovatko seuraavat asiat vastaajan mielestä sopivia
eläkeikäisille: tansseissa käyminen, ravintoloissa istuminen, nuorekas pukeutuminen,
avoliiton solmiminen leskeksi jäätyä, aktiivinen seksielämä, kauneusleikkausten teke-
minen ja Alkossa asioiminen. Selvä enemmistö kuusikymppisistä pitää sopivina kaik-
kia muita paitsi kauneusleikkauksia. Seitsemänkymppisten enemmistö asennoituu sa-
moin lukuun ottamatta (kauneusleikkausten lisäksi) ravintoloissa istumista, jota vain 37
prosenttia pitää sopivana. Kahdeksankymmentä vuotta täyttäneiden keskuudessa sal-
livuutta on vähemmän: ikäryhmän enemmistö pitää sopivana vain tansseissa käymis-
tä, joskin lähes joka toinen hyväksyy myös avoliiton solmimisen leskeytymisen jälkeen
(44 %) ja Alkossa asioinnin (41 %).

Asenteet ovat kauttaaltaan muuttuneet sallivammiksi, ja erityisesti naisten asenteet
ovat liberalisoituneet. Esimerkiksi ravintoloissa istumista kuusikymppiset naiset pitävät
sopivana jopa miehiä yleisemmin. Asenneilmaston lauhtumisesta kertoo eräällä tavalla
sekin, että monet eivät osanneet ottaa kantaa edellä mainittuihin asioihin; vaikka he ei-
vät pitäneet niitä sopivina, eivät he sanoneet niitä sopimattomiksikaan.

Huomattakoon, että jo vuonna 2002 päijäthämäläisten aistima asenneilmasto oli ai-
van toinen kuin Jyrki Jyrkämän (1995) tutkimuksen kuvaamalla 1970-luvulla, jolloin
samoihin asioihin suhtauduttiin etenkin maaseudulla torjuvasti (ks. myös Karisto &
Konttinen 2004, 53–54). Sallivuuden lisääntyminen on päällisin puolin myönteistä, sil-
lä se antaa ikäihmisille uusia vapausasteita. Enää ei ole niin normitettua, miten eläkeläi-
sen tulee elää. Toisaalta normipaineet eivät entisellä tavalla pidätele terveydelle ja hy-
vinvoinnille haitaksikaan olevaa käyttäytymistä, esimerkiksi reipasta alkoholinkäyttöä.

Sosiaali- ja terveystalitiikan tulevan kehityksen suhteen vastaajat ovat melko pes-
simistisiä. He eivät juuri usko sen lisäävän heidän toiminnallisia mahdollisuuksiaan.
Joka viides kuusikymppinen, vajaa kolmannes seitsemänkymppisistä ja kaksi viides-
osaa kahdeksankymppisistä uskoo, että ”eläkeläisiä koskevat sosiaali- ja terveystal-
velut parantuvat seuraavien 10 vuoden aikana”. Selvä enemmistö on siis päinvastaista

mieltä, ja nuorimmat ovat epäuskoisimpia. Luottamus sosiaali- ja terveyspalvelujen kykyyn helpottaa elämää on vähentynyt huomattavasti sitten vuoden 2002 (taulukko 3.8). Tässä heijastuvat julkisten palvelujen ajankohtaiset näkymät tai niitä koskevan yhteiskuntapoliittisen keskustelun tuottamat tunnelmat. Julkisessa keskustelussa väestön vanheneminen yhdistetään usein julkisen talouden kestävyysvajeeseen, mutta vastaajat eivät tätä kytköstä niin korosta: esimerkiksi 72–76-vuotiaista vain puolet hyväksyy väittämän ”eläkeläisiä on Suomessa kohta niin paljon, että kansantalous ei kestä sitä”.

Työperäisestä maahanmuutostakin on käyty julkista keskustelua, ja sen suhteen päijähämäläisten asenteet ovat muuttuneet. Entistä useampi on nyt sitä mieltä, että ”maahanmuuttajista saadaan tärkeä apu vanhusten hoitoon”.

Taulukko 3.8. Vastaajien suhtautuminen kuuteen yhteiskunnallista kehitystä ja ikäasenteita koskevaan väittämään: väittämien kanssa täysin tai melko samaa mieltä olevien prosenttiosuudet

	Vuosi	52–56 v	62–66 v	72–76 v	82–86 v
Luulen että eläkeikäisiä koskevat sosiaali- ja terveyspalvelut parantuvat seuraavien 10 vuoden aikana	2002	28	37	43	-
	2012	-	20	29	41
Eläkeläisiä on Suomessa kohta niin paljon, että kansantalous ei kestä sitä	2002	47	45	51	-
	2012	-	43	52	59
Maahanmuuttajista saadaan tärkeä apu vanhusten hoitoon	2002	39	43	35	-
	2012	-	50	59	50
Eläkeikäisiä ei paljon ajatella kauppapalveluita kehitettäessä	2002	65	64	68	-
	2012	-	67	72	76
Iäkkäitä ihmisiä ei arvosteta tarpeeksi Suomessa	2002	75	74	73	-
	2012		81	80	71
Iäkkäitä ihmisiä syrjitään nyky-yhteiskunnassa	2002	66	70	67	-
	2012	-	72	71	61

Jos ei julkisen sektorin hyvinvointilupauksiin luoteta, kovin paljon ei luoteta markkinoidenkaan kykyyn helpottaa ikäihmisten elämää: yli kaksi kolmasosaa vastaajista katsoo, että ”eläkeläisiä ei paljon ajatella kauppapalveluita kehitettäessä”, ja tämänsuuntaiset kannanotot ovat jopa hieman yleistyneet.

Taulukossa 3.8 on esillä myös kaksi yleistä asenneilmastoa luotaavaa väittämää. Kaikista vastaajista noin neljä viidesosaa on sitä mieltä, että ”iäkkäitä ihmisiä ei arvosteta tarpeeksi Suomessa”, ja tämänsuuntaiset tunnelmat ovat hieman yleistyneet. Lähes yhtä moni hyväksyy astetta jyrkemman väittämän ”iäkkäitä ihmisiä syrjitään nyky-yhteiskunnassa”.



Kuva: Miika Kainu

4 Sosiaaliset suhteet

Antti Karisto, Tiina Koskimäki ja Marjaana Seppänen

- ❖ Kymmenen vuoden aikana on tapahtunut monia muutoksia siviilisäädyn suhteen: leskeksi jäädään myöhemmin, avioerot ovat yleistyneet ja uusia liittoja solmitaan jo päättäneiden suhteiden jälkeen.
- ❖ Perhe on ”vertikalisoitunut”, elossa on yhä useampi perhesukupolvi. Lapsia ja lapsenlapsia on useimmilla. Kuusikymppisten isoäitien tiivis yhteydenpito lastenlapsiin on kymmenen vuoden aikana käynyt kuitenkin aikaisempaa harvinaisemmaksi.
- ❖ Useimmilla on lähipiirissään ihmisiä, joiden kanssa on helppo olla ja puhua tärkeistä asioista. Varsinkin nuorimpaan ikäryhmään kuuluvat pitävät tiiviisti yhteyttä läheisiinsä. Vanhimmassa ikäryhmässä on eniten niitä, jotka tuntevat itsensä yksinäiseksi.
- ❖ Itse arvioitu selviytyminen arkielämän toimista on parantunut huomattavasti kymmenen vuoden aikana.

Muutoksia perheasemassa

Taulukko 4.1 kuvaa vastaajien siviilisäätystä eli perheasemaa vuonna 2012. Viisi- ja kuusikymppisistä vastaajista elää avo- tai avioliitossa lähes kolme neljäsosaa, mutta kahdeksankymppisissä on yhtä paljon leskeksi jääneitä. Siviilisäätty on sidoksissa paitsi ikäryhmään myös sukupuoleen. 82–86-vuotiaista naisista leskiä on yli puolet, mutta samanikäisistä miehistä vain 16 prosenttia. Avioerot ovat yleistyneet, ja tämä on tapahtunut kohorteittain, joten nuoremmissa ikäryhmissä eronneita on paljon enemmän kuin vanhimmassa. Myös naimattomia on eniten nuorimmassa ikäryhmässä.

Taulukko 4.1. Miesten ja naisten siviilisäätijakauma ikäryhmittäin vuonna 2012 (%)

	52–56 v		62–66 v		72–76 v		82–86 v	
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset
Avio- tai avoliitossa	70	73	80	67	86	51	76	28
Eronnut	18	12	11	17	6	14	3	8
Leski	1	3	3	9	5	27	17	55
Naimaton	11	12	6	7	3	7	4	10
Yhteensä	100	100	100	100	100	100	100	100

Entä miltä näyttävät eri-ikäisten perhetilanteet, kun verrataan vuosia 2002 ja 2012? Kuusikymppisten osalta muutoksia ei ole tapahtunut, kun taas seitsemänkymppisissä selvästi useampi on nyt avo- tai avioliitossa, ja selvästi harvempi taas on leski. Tätä selittää se, että etenkin naisten leskeksi jäämisen ajankohta on myöhentynyt. Niinpä naisleskien osuus 72–76-vuotiaiden keskuudessa on laskenut kahdeksan prosenttiyksiköä kymmenessä vuodessa.

Eri-ikäisten tilanteita vuosina 2002 ja 2012 vertailemalla on mahdollista tehdä päätelmiä myös eroista syntymäkohorttien välillä. Selkein jakolinja siviilisäädyn suhteen kulkee vanhimman kohortin (1926–30 syntyneet) ja heitä nuorempien välillä: nuorempien joukossa leskeksi jäädään myöhemmin, avioerot ovat yleistyneet, uusia liittoja solmitaan jo päättyneiden suhteiden jälkeen.

4.2. Siviilisäätijakauma ikäryhmittäin vuosina 2002 ja 2012 (%)

	52–56 v		62–66 v		72–76 v	
	2002	2012	2002	2012	2002	2012
Avo- tai avioliitossa	77	72	74	73	59	67
Eronnut	13	15	13	14	9	10
Leski	3	2	8	7	23	17
Naimaton	7	12	6	7	9	6
Yhteensä	100	100	100	100	100	100

Sekä eliniän odotteen nousu ja siihen liittyvä vanhuuden elämänvaiheen piteneminen että asenteiden muutos ovat avanneet myös vanhemmille mahdollisuuksia solmia uusia parisuhteita avioeron tai leskeksi jäämisen jälkeen. Tämä näkyy avoliittojen määrän ja niin sanottujen LAT-suhteiden yleistymisenä. Avoliitot yleistyivät Suomessa ja muissa länsimaissa 1970-luvulta lähtien, aluksi nuorten ja viime aikoina iäkkäämpienkin keskuudessa. Ikihyvä-aineistoon kuuluvien avoliitoista on tietoa vain vuodelta 2005. Silloin selvisi, että suurin osa avoliitoista oli solmittu 1970-luvulla tai myöhemmin ja että valtaosalle avoliitto ei ole ollut ensimmäinen vakituinen parisuhde. Toisaalta avoliitot olivat edelleen harvinaisia etenkin vanhimmissa ikäryhmissä.

Yllättävän yleisiä ovat niin kutsutut ”yhdessä erikseen” -suhteet (LAT, Living Apart Together). Niillä tarkoitetaan sellaista seurustelusuhdetta, jossa pariskunta asuu erillään. Syitä tähän voi olla monia. Ehkä suhteen ei koeta vielä olevan tarpeeksi kypsä yhteen muutolle, tai eri paikkakunnilla asuvat pariskunnan jäsenet eivät halua luopua muista läheisistään. Ratkaisuun on voitu päätyä myös siksi, että aikuiset lapset eivät täysin hyväksy vanhempansa seurustelua. Voi myös olla, että yksin asumiseen ollaan niin tottuneita ja tyytyväisiä, ettei koettua tarvetta yhteen muutolle seurustelukumppanin kanssa ole, vaan kumpikin haluaa säilyttää itsenäisyytensä.

LAT-suhteen olemassaoloa luotailtiin Ikihyvä-vastaajilta kysymällä, onko heillä vakituinen mies- tai naisystävä, jonka kanssa asutaan erillään. Kaikista vastaajista tällainen tilanne on noin viidellä prosentilla, mutta eronneista, leskistä ja naimattomista peräti joka viidennellä. LAT-suhteet ovat yleisimpiä nuorimmilla mutta myös 72–76-vuotiaiden parissa ne ovat yleistyneet voimakkaasti (taulukko 4.3). Vanhimmas- sa, 82–86-vuotiaiden ryhmässä tällainen vakituinen kumppani on vain alle neljällä prosentilla vastaajista.

Taulukko 4.3. LAT-suhteen yleisyys eronneiden, leskien tai naimattomien vastaajien keskuudessa kahdessa ikäryhmässä vuosina 2002 ja 2012 (%)

	2002	2012
62–66 v	30	29
72–76 v	11	20

LAT-suhde on suhteellisesti yleisempi miehillä kuin naisilla, mutta koska leskien, eronneiden ja naimattomien osuus on huomattavasti suurempi naisilla taulukossa 4.3 tarkastelluissa ikäryhmissä, määrällisesti LAT-suhteita on naisilla enemmän.

Sukupolvien väliset suhteet

Elämänkulututkimuksen ydinajatuksia on se, että elämämme on linkittynyt toisten ihmisten elämiin (Giele ja Elder 1998; Elder ja Johnson 2003, 68–71). Esimerkiksi työelämässä linkit ovat lyhentyneet, kun työpaikat vaihtuvat tiheästi. Sen sijaan linkit lapsiin ja lastenlapsiin ovat aikaisempaa pitkäaikaisempia. Perhe on ”vertikalisoitunut”: lapsilla on todennäköisesti useampia elossa olevia isovanhempia kuin sisaruksia (Herlofson ja Hagestad 2011, 341).

Nykyisin on yleisintä kuulua kolmen peräkkäisen perhesukupolven ketjuun, mutta monilla ketju on sitäkin pitempi. Sitä on venyttänyt elinajan piteneminen, tosin toiseen suuntaan on vaikuttanut synnytyksiän nousu ja se, että perhesukupolvien vuosissa mitattu välimatka on sen myötä kasvanut. Entistä useampi ehtii joka tapauksessa vanhetessaan nähdä lastenlastensa kasvavan aikuisiksi ja saa ehkä tuntumaa seuraavaankin sukupolveen.

Sukupolviketjujen pituus tuntuu yksinkertaiselta ja yksiselitteiseltä asialta, mutta niiden mittaaminen tai vertailu ei sittenkään ole helppoa. Pisimpiä ovat tietenkin hyvin nuorten ja hyvin vanhojen ketjut, mutta koko ketjua ei Ikihyvä-tutkimuskaan tavoita. Taulukon 4.4 vuonna 2002 kerätyt luvut ovat hieman harhaisia ainakin vanhimman ikäryhmän suhteen sen vuoksi, että lastenlastenlapsien olemassaoloa ei ole kysytty, ja niinpä arviot vähintään nelipolvisiin ketjuihin kuuluvista ovat aliarvioita. Joka tapauksessa enemmistö vastaajista kuuluu vähintään kolmen sukupolven ketjuihin, monet neljänkin.

Sukupolviketjujen pidetessä on avautunut uusia mahdollisuuksia sukupolvien väliseen kanssakäymiseen, tai ainakin uutta tarvetta ja tilaa siihen (Timonen ja Arber 2012). Mahdollisuudet eivät kuitenkaan ole tasaisia, sillä yhteiskunnallinen eriarvoisuus säteilee isovanhemmuuteenkin. Elinajan odotteessa on suuria sosioekonomisia eroja, ja jos laskettaisiin ”isovanhempana eletyn elinajan odotteita”, huomattaisiin että yhteiskunnan ylempiin kerroksiin kuuluvat ehtivät nauttia isovanhemmuudesta paljon pitempään kuin alempiin kerroksiin kuuluvat. (Karisto 2012, 226.)

Taulukko 4.4. Eri ikäryhmiin kuuluvien vastaajien prosenttijakautuma sen mukaan, miten pitkän sukupolvien ketjun jäseniä he ovat (vuonna 2002)

	52–56 v	62–66 v	72–76 v
Yhden sukupolven ketju	7	10	16
Kahden sukupolven ketju	30	18	9
Kolmen sukupolven ketju	44	62	74
Vähintään neljän sukupolven ketju	19	10	1
Yhteensä	100	100	100

Isovanhemmuus on myös sukupuolittunutta, sillä lasten yhteisten vuosien määrä esimerkiksi isänisän kanssa jää todennäköisesti paljon lyhyemmäksi kuin äidinäidin kanssa. Näin siksi, että naiset elävät miehiä vanhemmiksi ja siksi, että isänisä on todennäköisesti isovanhemmista vanhin ja äidinäiti taas nuorin.

Taulukossa 4.5 on katsottu kanssakäymisessä kymmenen vuoden aikana tapahtuneita muutoksia kuusikymppisiä vertailemalla. Sekä lapsia että lastenlapsia on vuonna 2012 vähän enemmän, mutta tiheä kanssakäyminen heidän kanssaan on muuttunut hieman harvinaisemmaksi. Kuusikymppisten isoäitien tiivis, lähes päivittäinen yhteydenpito lastenlapsiinsa on nyt harvinaisempaa kuin kymmenen vuotta aikaisemmin, eikä heidän yhteydenpitonsa enää ole juuri sen tiheämpää kuin samanikäisillä isoisillä. Myös seitsemänkymppisten miesten ja naisten tiheä yhteydenpito lastenlapsiinsa on käynyt hieman aikaisempaa harvinaisemmaksi.

Taulukko 4.5. Sukulaissuhteet vuosina 2002 ja 2012: niiden osuus, joilla on lapsia ja lapsenlapsia, sekä lapsiinsa ja lapsenlapsiinsa viikoittain yhteydessä olevien osuus kaikista vastaajista (%)

	62–66 v		72–76 v		82–86 v	
	2002	2012	2002	2012	2002	2012
On elossa olevia lapsia	88	90	84	89	–	88
On lapsenlapsia	70	74	82	81	–	82
Yhteydessä lapsiin viikoittain	65	60	61	54	–	57
Yhteydessä lastenlapsiin viikoittain	43	33	36	27	–	16

Samansuuntainen muutos koskee muitakin perhesuhteita. Nyt on hieman vähemmän niitä, jotka ovat lähes päivittäin yhteydessä lastensa ja sisarustensa kanssa kuin kymmenen vuotta sitten. Näin on etenkin naisten joukossa, vaikka naiset edelleen ovat enemmän yhteydessä lähisukulaisiinsa kuin miehet. Sitä paitsi miehissä on enemmän niitä, jotka ovat ani harvoin yhteydessä sukulaisiinsa.

Yhteydenpito lastenlasten kanssa on yleensä palkitsevaa, mutta myös odotukset sen suhteen ovat kovia, eivätkä ne aina toteudu. Vajaa viidesosa (18 %) sanoo, ettei tapaa lastenlapsiaan niin usein kuin haluaisi. Kuten taulukosta 4.5 havaitaan, kolmasosa kuusikymppisistä on yhteydessä lastenlapsiinsa vähintään muutaman kerran viikossa. Seitsemänkymppisistä reilu neljäsosa (27 %) on yhteydessä lastenlapsiinsa näin usein, kahdeksänkymppisistä hieman harvempi. Nuoret isovanhemmat ovat siis enemmän yhteydessä lastenlapsiinsa kuin iäkkäämmät isovanhemmat, joiden lastenlapsetkin ovat jo vähän vanhempia.

Suhteita lapsiin ja lastenlapsiin kartoitettiin muillakin tavoin. Lapset ja lastenlapset olivat esillä esimerkiksi kysyttäessä ilon- ja huolenaiheita. Vuonna 2012 lapset ja lastenlapset olivat kuusikymppisillä huolenaihe harvemmin kuin vuonna 2002, mutta seitsemänkymppisillä ei ollut tapahtunut tätä muutosta. Ylivoimaiselle enemmistölle lapset ja lastenlapset ovat ”suuri ilonaihe”, mutta niiden osuus, joille lapset ja lastenlapset eivät ole ”lainkaan ilonaihe”, on lisääntynyt. Suurin muutos koskee 62–66-vuotiaita naisia: heistä vajaat kaksi prosenttia sanoi vuonna 2002, että lastenlapset eivät ole lainkaan ilonaihe, mutta vuonna 2012 näin vastanneita oli peräti 13 prosenttia.

Isovanhemmuus on vanhenemisen parhaita puolia, ja isovanhemman roolia pidetään yleensä mielellään esillä – jopa siinä määrin, että se voi tuntua tahdittomalta niistä, joilla ei ole lapsia eikä lastenlapsia. Vuonna 2012 kymmenesosalla Ikihyvän 62–66-vuotiaista vastaajista ei ollut elossa olevia lapsia ja vajaalla kolmasosalla ei ollut lastenlapsia. Myös 72–76-vuotiaista kymmenesosa oli lapsettomia, ja viidesosalla ei ollut lastenlapsia. Vanhimman ikäryhmän kohdalla vastaavat luvut olivat 12 ja 18 prosenttia. (Taulukko 4.5.)

Yksinäisyys

Yksinäisyydestä on tullut viime vuosien aikana yhteiskuntapoliittinen kysymys (Saari 2010), ja erityisesti ikääntyneiden yksinäisyys on ollut paljon esillä. Vuonna 2013 ikääntyneiden yksinäisyyden torjuminen nostettiin esimerkiksi yhdeksi kirkon yhteisvastuukeräyksen kohteeksi. Kuten luvussa 8 ilmenee, Ikihyvä-tutkimuksen vastaajat pitivät ihmissuhteita, erityisesti perhesuhteita, erittäin tärkeinä hyvinvointinsa kannalta. Senkin vuoksi yksinäisyys voi olla ongelma. Kyselyvastausten perusteella yksinäisiksi luokiteltujen elämäntilanteissa on kuitenkin suuriakin eroja. Elisa Pajunen (2011) on haastatellut kymmentä Ikihyvä-tutkimuksen vastaajaa, jotka kaikki olivat vuoden 2008 lomakekyselyssä kertoneet tuntevansa itsensä yksinäiseksi ”usein” tai ”jatkuvasti” ja sijoittuneet siten muuttujajakauman ääripäähän, yksinäisimpien kolmen prosentin joukkoon. Paneutuvat haastattelut purkivat käsitystä tämän joukon samanlaisuudesta. Heidän yksinäisyytensä ilmenemismuodot, syvyys ja syyt olivat sittenkin hyvin erilaisia.

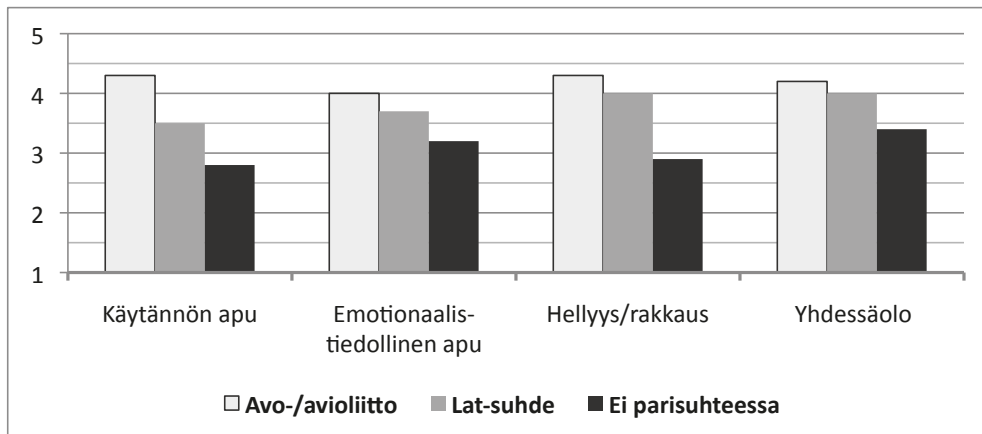
Noin joka kolmas vastaaja tuntee yksinäisyyttä vähintään silloin tällöin, mikä vastaa muissa tutkimuksissa tehtyjä havaintoja. Syvästä ja jatkuvasta yksinäisyydestä kärsii hyvin harva: vastaajista neljä prosenttia kertoo kokevansa yksinäisyyttä usein tai jatkuvasti. Eroja ikäryhmien välillä kuitenkin on, ja vanhimmassa ikäryhmässä yksinäisyyttä tuntevien osuus on suurin. Yksinäisyys on voinut vaivata lapsuudesta lähtien, mutta joillekin se on tullut tutuksi vasta, kun ikää karttuu, ja voipa se iän myötä myös kadota (Victor ym. 2009; Pajunen 2011). Havainnot yksinäisyyden taustatekijöistäkin ovat ristiriitaisia (esim. Tiikkainen 2006).

Useimmat vastaajat kertovat, että heillä on ystäviä, mutta vanhimmassa (82–86-vuotiaiden) ikäryhmässä kuusi prosenttia sanoo, ettei heillä ole yhtään ystävää, ja tässä ikäryhmässä ystävien määrä on muutenkin vähäisin. Niiden osuudessa, joilla ei ole ollenkaan ystäviä, ei ole tapahtunut suuria muutoksia vuosien 2002 ja 2012 välillä. Tässä mielessä yksinäisiä oli molempina ajankohtina pari prosenttia, hieman enemmän 72–76-vuotiaissa kuin 62–66-vuotiaissa. Kysyttäessä ystävien määrää vastausten painopiste oli vuoden 2012 kyselyssä 2–5 ystävässä, kun kymmenen vuotta aikaisemmin oli enemmän niitä, jotka kertoivat suuremmista ystävämääristä.

Kysyttäessä kuinka usein vastaaja on yhteydessä sellaisiin ihmisiin, joiden kanssa on helppo olla ja joiden kanssa voi puhua tärkeistä asioista, yli puolet kaikista vastaajista kertoo tällaisen yhteydenpidon olevan viikoittaista tai tätäkin tiheämpää. Suuria eroja ikäryhmien välillä ei ole, mutta nuorin, 52–56-vuotiaiden vastaajaryhmä erottuu siinä, että siihen kuuluvat kertovat olevansa muita ikäryhmiä enemmän viikoittain tai useammin yhteydessä läheisiinsä. Muutaman kerran vuodessa tai harvemmin läheisiinsä on yhteydessä 12 prosenttia kaikista vastanneista. Tätä voidaan pitää vähäisenä yhteydenpitona, ja näin harvoin läheisiinsä yhteyttä pitävien joukossa onkin muita enemmän yksinäisyydestä kärsiviä.

Tuen saanti

Kuviossa 4.1 on tarkasteltu sosiaalisen tuen saantia neljässä eri suhteessa. Tuen saannin kokemus on vahvin parisuhteessa olevilla, etenkin yhdessä puolison kanssa asuvilla. Myös vakituisen kumppanin omaavat kokevat saavansa tukea muita enemmän, etenkin hellyyden, rakkauden ja yhdessäolon osalta.



Kuvio 4.1. Tuen saanti parisuhdemuodon mukaan: MOS-mittarin osa-alueiden keskiarvot asteikolla 1–5 (1= tukea ei ole koskaan saatavilla, 5= tukea on jatkuvasti saatavilla)

Kuviossa 4.1 ja taulukossa 4.6 on käytetty niin sanottua MOS-mittaria (ks. Sherbourne & Stewart 1991) ja laskettu keskiarvoja siitä, kuinka usein tukea on saatavilla. Parisuhteessa olevat miehet ja naiset kokevat saavansa yhtä usein tukea, mutta miehet, jotka eivät ole parisuhteessa, kokevat saavansa sitä naisia harvemmin. Etenkin eronneet ja naimattomat miehet erottuvat samassa elämäntilanteessa elävistä naisista. Toisaalta aineiston kaikista 62–86-vuotiaista miehistä huomattavasti useampi (88 %) elää parisuhteessa naisiin (64 %) verrattuna, mikä johtuu naisleskien suuremmasta osuudesta. Kaikkein iäkkäimmät miehet kokevat saavansa hieman enemmän tukea kuin samanikäiset naiset, mutta kaikkein iäkkäimpiä leskimiehiä on aineistossa niin vähän, että ero voi olla sattumankin synnyttämää. Se, onko vastaajalla lapsia, ei näyttäisi merkittävästi lisäävän koetun tuen saamista.

Taulukko 4.6. Tuen saanti: MOS-mittarin osa-alueiden keskiarvo ikäryhmittäin parisuhteen mukaan asteikolla 1–5 (1= tukea ei koskaan saatavilla, 5= tukea jatkuvasti saatavilla)

	Parisuhteessa		Ei parisuhteessa	
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset
62–66 v	4,2	4,2	2,7	3,4
72–76 v	4,1	4,0	2,5	3,1
82–86 v	4,2	4,1	3,3	3,0

Epävirallinen apu

Sosiaaliin suhteisiin liittyvä tuki voi saada erilaisia muotoja. Kyse voi olla konkreettisesta auttamisesta kuten arkiaskareisiin liittyvästä avusta tai henkisestä tuesta. Erityisesti konkreettiselle avulle asetetaan nykyisin suuria odotuksia. Sen odotetaan jopa korvaavan julkisen sektorin tuottamia palveluja (Johansson ym. 2003; Kröger 2005; Bolin ym. 2007; Armi ym. 2008). Esimerkiksi suurten ikäluokkien eläköitymisen on toivottu näkyvän epävirallisen avun tarjonnan kasvuna.

Epävirallisen tuen näkökulmasta ikääntyvät ovat edustettuna sekä avun tarvisijoiden että auttajien keskuudessa. Moni vastaaja kertoo auttavansa jotakin pitkäaikaissairasta, vammaista tai iäkästä henkilöä. Silloin tällöin auttavia on eniten nuorimmassa ikäryhmässä, noin puolet. Useimmiten auttajat ovat naisia. Eniten päivittäistä apua antavia on kuitenkin vanhimmassa ikäryhmässä, jossa useampi kuin joka kymmenes antaa päivittäin apua, yleensä puolisolleen. Tiivis auttaminen on tämän ikäryhmän miesten joukossa jopa yleisempää kuin naisten keskuudessa.

Puolison lisäksi autetaan muihinkin sukupolviin kuuluvia perheenjäseniä, ja kaiken kaikkiaan ydinperheen sisällä tapahtuva auttaminen on keskeisellä sijalla epävirallisessa avun antamisessa. Lapsiaan ja lastenlapsiaan auttavat eniten nuorimmat vastaajat, ja auttamista tapahtuu erityisesti silloin kun perheen sisäiset suhteet koetaan hyviksi.

Ystävien auttaminen näyttäytyy aineiston perusteella sellaisena auttamisen muotona, joka kytkeytyy yhteisöllisyyden tunteisiin ja jota erityisesti nuorin ikäryhmä toteuttaa. Ne, jotka pitivät yhteisöllisyyttä tärkeänä, auttavat ystäviään herkemmin kuin muut.

Vastaajista moni kertoo siis auttavansa muita, mutta monet tarvitsevat itsekin apua. Avun tarve vaihtelee luonnollisesti paljon ikäryhmittäin: yli 80-vuotiaista sitä tarvitsee lähes puolet, mutta 50-vuotiaista vajaa kymmenesosa. Ne, jotka kertovat tarvitsevänsä apua, yleensä sitä myös saavat, joskaan eivät välttämättä tarpeeksi. Lisää apua tarvittaisiin erityisesti raskaissa kotitöissä.

Noin viidesosa 62–66-vuotiaista ilmoittaa tarvitsevänsä ja saavansa apua, eikä kymmenessä vuodessa ole tässä suhteessa tapahtunut juurikaan muutosta. Tosin kokemus siitä, että apua saa juuri sen verran kuin tarvitsee, on yleistynyt erityisesti tähän ikäryhmään kuuluvien miesten keskuudessa.

Myös vanhemmassa (72–76-vuotiaiden) ikäryhmässä avun tarve on pysynyt melko samana. Apua saadaan yleensä riittävästi, ja aiempaa vähemmän on niitä, jotka eivät saa apua ollenkaan tai eivät saa sitä riittävästi. Näyttäisi siis siltä, että avun tarve ja sen saaminen kohtaavat aiempaa paremmin.

Kysyttäessä mielipidettä erityisesti läheisiltä saadusta tuesta, siihen ollaan hyvinkin tyytyväisiä. Tässäkin on menty parempaan suuntaan: erittäin tyytyväisten osuus on hie-
man kasvanut ja tyytymättömien osuus pysynyt samana. Vain muutama prosentti vas-
taajista kokee, ettei ole tyytyväinen läheisiltä saamaansa apuun.

Avun tarve on selvästi kytköksissä kokemukseen arkielämän selviytymisestä. Kaksi
nuorinta ikäryhmää arvioi kykynsä selviytyä melko hyväksi, mutta kahden vanhimman
ikäryhmän osalta tilanne on toisenlainen: 72–76-vuotiaista viisi prosenttia arvioi sel-
viytyvänsä huonosti tai erittäin huonosti arkielämän tavallisista toimista ja vaatimuksis-
ta, ja 82–86-vuotiaista tätä mieltä on jo 20 prosenttia.

Ikääntyvien luottamus omiin kykyihinsä selviytyä arkielämän toimista ja vaatimuk-
sista on joka tapauksessa huomattavasti vahvistunut. Kun vuonna 2002 kuusikymppis-
ten ikäryhmässä vajaa neljännes arvioi selviytymiskykynsä erittäin hyväksi, kymmenen
vuotta myöhemmin näin ajatteli lähes joka toinen. Myös seitsemänkymppisten arviois-
sa on tapahtunut myönteistä muutosta, sillä arjen vaatimuksista erittäin hyvin selviy-
tyvien osuus on noussut kymmenestä prosentista neljäsosaan. Myös valtakunnallisten
selvitysten mukaan ikääntynyt väestö selviytyy arkitoiminnoista aikaisempaa parem-
min (Holstila, Helakorpi & Uutela 2013).



Kuva: Miia Saastamoinen

5 Harrastukset ja vapaa-aika

Antti Karisto, Ilkka Haapola, Pasi Töyli ja Ilkka Väänänen

- ❖ Naiset ovat miehiä aktiivisempia omaksumaan elämäänsä uusia harrastuksia vielä iäkkäämpänä. Toisaalta he myös luopuvat miehiä useammin harrastuksista ja mielenkiinnon kohteista ikääntymisen myötä.
- ❖ Vasta kahdeksankymppisenä harrastaminen ja sosiaalinen osallistuminen on selvästi nuorempia vähäisempää. Seitsemänkymppisten aktiivisuus on monessa asiassa suurempaa kuin samanikäisillä kymmenen vuotta sitten, mutta kuusikymppisillä on käynyt pikemminkin päinvastoin. Ulkomaan matkailu on entisestään yleistynyt, myös kuusikymppisten keskuudessa.
- ❖ Suurin osa päijät-hämäläisistä luokittelee itsensä arkiliikkujuiksi. Liikunnallinen passiivisuus lisääntyy 80. ikävuoden jälkeen, naisilla miehiä todennäköisemmin. Seitsemänkymppisten liikuntakäyttäytyminen on muuttunut myönteiseen suuntaan, mutta kuusikymppisten keskuudessa on merkkejä polarisaatiosta: sekä kuntoliikkujiin että liikunnallisesti passiivisten osuus on lisääntynyt.
- ❖ Tärkein liikkumisympäristö on oman asunnon ja päivittäistoimintojen ympärille rakentuva arjen ympäristö. Silti liikunnallisen elämäntavan omaksuminen on monimutkainen ja aikaa vaativa prosessi.

Uusia aloituksia

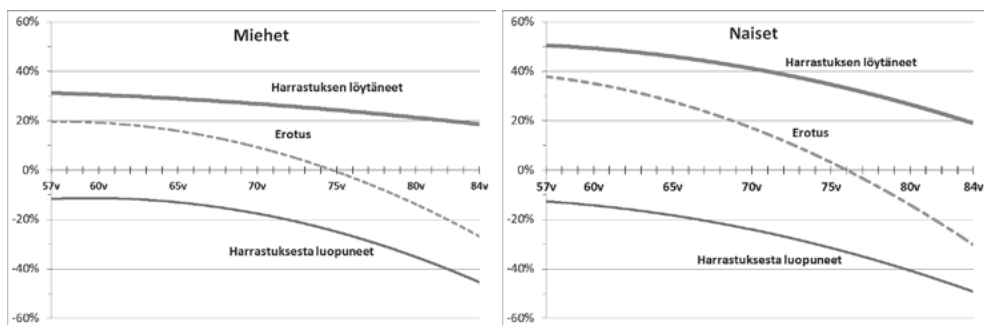
Eläkkeelle siirtyminen on iso ja usein ristiriitaisesti koettu elämänmuutos. Jos elämä on ollut työn täyttämää, niin kuin se etenkin miehillä usein on, eläkkeelle jätäessä voi tuntua siltä, että putoaa ”tyhjän päälle”, eikä tyhjiön täyttäminen ehkä onnistu. Toisaalta esimerkiksi kolmatta ikää koskevilla keskusteluilla on kuvattu, kuinka varhaisvanhuudessa tehdään ”uusia aloituksia”, jotakin sellaista johon työssä käydessä ei ollut aikaa.

Mahdollisuudet aktiivisuuteen ja mieluisten asioiden harrastamiseen ovat parantuneet, sillä taloudellisia ja terveydellisiä resursseja on aikaisempaa enemmän. Asenneympäristökin on muuttunut sallivammaksi, voimakkaita sosiaalisia paineita ”vetäytyä vanhuuteen” ei ole; ikääntyvien odotetaan pikemmin olevan aktiivisia. Mutta ovatko he? Miten ikääntyminen vaikuttaa erimuotoiseen harrastamiseen, ja onko vapaa-ajan harrastaminen lisääntynyt?

Vastaajilta on eri tutkimuskerroilla kysytty, ovatko he löytäneet jonkin uuden mielenkiinnon kohteen tai harrastuksen sitten edellisen tutkimuskerran. Koska ikääntyminen tuo tullessaan myös rajoituksia, heiltä on kysytty sitäkin, ovatko he joutuneet ikääntymisen myötä luopumaan jostakin heille tärkeästä harrastuksesta tai mielenkiinnon kohteesta.

Tämän kysymysparin vuosina 2005, 2008 ja 2012 tuottamia tietoja yhdistämällä on mahdollista muodostaa yleiskuva iän mukanaan tuomista harrastusmuutoksista 57. ikävuodesta aina 84. ikävuoteen. Kuvioparista 5.1 nähdään, että nuorimmista miehistä kolmisenkymmentä prosenttia on löytänyt elämäänsä jotakin uutta, mutta nuorimmista naisista lähes joka toinen on tehnyt niin. Naiset ovat siis miehiä parempia löytämään elämäänsä uusia sisältöjä (ks. myös Karisto 2008, 242). Vielä 80 vuotta täyttäneistäkin joka viides on löytänyt jonkin uuden harrastuksen tai mielenkiinnon kohteen.

Vapaa-ajan aktiivisuudessa iän myötä tapahtuneita muutoksia voidaan kuvata tiivistetysti laskemalla uuden harrastuksen löytäneiden ja harrastuksesta luopuneiden erotus (keskimäinen käyrä kuvioparissa 5.1). Niin kauan kuin näin laskettu tunnusluku tai sitä kuvaava käyrä pysyy nollan yläpuolella, uuden harrastuksen tai mielenkiinnon kohteen löytäneitä on enemmän kuin jostakin harrastuksesta tai mielenkiinnon kohteesta luopuneita. Jos tunnusluku taas on negatiivinen, luopuneita on enemmän kuin löytäneitä. Kuusi- ja vielä seitsemänkymmenvuotiaidenkin elämä näyttää tällä tavoin arvioituna rikastuvan, mutta noin 75. ikävuodesta lähtien jostakin itselleen tärkeästä luopuneita on enemmän kuin elämäänsä jotakin uutta löytäneistä.



Kuvio 5.1. Uuden harrastuksen löytäneiden ja jostakin harrastuksesta tai mielenkiinnon kohteesta luopumaan joutuneiden prosenttiosuudet

Kun tiedetään, että myös monien sairauksien ja vanhuuden vaivojen esiintyvyys alkaa voimakkaasti kasvaa noin 75 vuoden iässä ja toimintakyky vastaavasti heikentyy, vanhuuden voitaisiin katsoa alkavan iässä, jossa käyrä leikkaa nollatason. Naisilla ”vanhuus alkaa” samassa iässä kuin miehillä, sillä vaikka naiset löytävät elämäänsä miehiä useammin jotakin uutta, he myös luopuvat miehiä useammin jostakin vanhasta.

Harrastusten yleisyys

Taulukossa 5.1 on kuvattu sellaisia harrastamisen muotoja, joista on tietoa sekä vuodelta 2002 että vuodelta 2012. Liikunnassa ja ulkoilussa ei ole oikeastaan iän mukaisia eroja muuten kuin niin, että kaikkein vanhimmassa ikäryhmässä liikuntaa ja ulkoilua viikoittain harrastavien osuus on hieman alhaisempi. Ajallisia muutoksiakaan ei ole tapahtunut. Sekä vuonna 2002 että vuonna 2012 yhdeksän kymmenestä kertoo liikku-neensa tai ulkoilleensa vähintään kerran viikossa. Urheilun seuraamisessakaan ei ole olennaisia iän mukaisia eroja, ja se on kaikissa ikäryhmissä vähentynyt kymmenen vuoden aikana.

Vapaaehtoistyö on kasvattanut suosiotaan, etenkin seitsemänkymppisten keskuudessa. Puutarhanhoito on harvinaistunut 62–66-vuotiaiden keskuudessa, mutta pikemminkin yleistynyt heitä kymmenen vuotta vanhemmilla. Myös käsityöharrastus on harvinaistunut nuoremmissa ikäryhmissä, melko selvästikin. Lukemisharrastus on harvinaistunut kuusikymmenvuotiailla, mutta näyttää jopa yleistyneen viisikymmenvuotiailla. Tämänikäisiä vastaajia oli kuitenkin vuonna 2012 sen verran vähän, että ero jää tilastollisen virhemarginaalin puitteisiin. Opiskelukin on hieman vähentynyt kuusikymppisillä. Taidenäyttelyiden tapaisten kulttuuriharrastusten suosio on pysynyt kutakuinkin entisellään, niin myös omakohtainen taiteen harrastus (maalaaaminen, soit-taminen tai laulaminen) lukuun ottamatta nuorinta ikäryhmää, jossa se on hieman harvinaistunut. Nuorimmassa ikäryhmässä on harventunut myös tansseissa säännöllisesti käyvien joukko.

Hengellisissä tilaisuuksissa käyminen on ainoa sosiaalisen osallistumisen muoto, joka on yleisintä vanhimmassa ikäryhmässä. Ajan ja kohorttivaihdunnan myötä se on kuitenkin harvinaistunut, mikä näkyy verrattaessa 62–66-vuotiaita ja 72–76-vuotiaita kahtena ajankohtana.

Näyttää siltä, että 72–76-vuotiaiden harrastusaktiivisuus on nyt samantasoista kuin kymmenen vuotta aikaisemmin. Joissakin asioissa, kuten puutarhanhoidossa ja vapaa-ehtoistyössä, se näyttää jopa lisääntyneen. Sen sijaan 62–66-vuotiaiden ikäryhmässä on käynyt pikemminkin päinvastoin. Tekeillä oleva erillinen tutkimus (Karisto & Haapola 2013) vahvistaa tämän: eläkeikään tulevien harrastusaktiivisuus on vähentynyt toisin kuin kolmannelta iästä käydyssä keskustelussa on oletettu.

Taulukko 5.1. Eri harrastuksiin säännöllisesti osallistuvien prosenttiosuudet

	Vuosi	52–56 v	62–66 v	72–76 v	82–86 v
Liikunta ja ulkoilu (viikoittain)	2002	88	94	92	–
	2012	90	91	92	83
Urheilun seuraaminen (viikoittain)	2002	64	63	65	–
	2012	49	52	53	51
Puutarhanhoito (viikoittain)	2002	31	39	29	–
	2012	28	34	33	21
Käsityöt (viikoittain)	2002	23	34	32	–
	2012	13	24	31	25
Opiskelu ja itsensä kehittäminen (viikoittain)	2002	19	17	11	–
	2012	17	13	13	8
Kirjojen lukeminen (viikoittain)	2002	33	44	46	–
	2012	38	33	45	36
Taidenäyttelyt, teatteri, elokuvat, konsertit (kuukausittain)	2002	13	13	10	–
	2012	14	14	11	5
Taidemaalaus, soittaminen, kuorolaulu yms. (kuukausittain)	2002	11	11	10	–
	2012	7	11	11	8
Hengelliset tilaisuudet (kuukausittain)	2002	12	18	28	–
	2012	12	12	20	29
Vapaaehtoistoiminta (esimerkiksi ystäväpalvelu) (kuukausittain)	2002	11	15	12	–
	2012	11	14	16	9
Tanssi (kuukausittain)	2002	13	11	7	–
	2012	6	8	7	4

Liikuntaa liikkujien ehdoilla

Päijät-Häme on julistautunut liikunnan megamaakunnaksi, ja liikunta on huomioitu kuntien hyvinvointi-, elinkeino- ja kilpailukystrategioissa. Päijät-Hämeen terveysliikunnan vision (Harmokivi & Rantala 2008) mukaan ”Päijät-Häme on terveysliikunnan edelläkävijä Suomessa. Päijät-Hämeen liikuntaolosuhteet, -tarjonta ja terveysliikunnan asiantuntemus lisäävät alueellista vetovoimaisuutta. Päijäthämäläiset liikkuvat enemmän kuin muiden maakuntien asukkaat.”

Mutta miten on asianlaita nyt, miten liikutaan ja millaisia muutoksia liikunnassa on tapahtunut? Taulukossa 5.2 liikkumista on kuvattu sijoittamalla vastaajat liikkujaluokkiin. Arkiliikkujat kävelevät, pyöräilevät tai liikkuvat vapaa-ajallaan muulla tavalla, esimerkiksi puutarhatöitä tekemällä, vähintään neljä tuntia viikossa. Kuntoliikkujat harrastavat vapaa-ajallaan kuntoliikuntaa keskimäärin vähintään kolme tuntia viikossa. Liikunnallisesti passiiviset on määritelty siten, että he eivät juuri rasita itseään ruumiil-

lisesti vapaa-ajallaan, vaan pikemminkin istuvat ja suorittavat askareita, jotka ovat fyysisesti passiivisia. Kilpaliikkujat harjoittelevat vapaa-ajallaan kilpailumielessä säännöllisesti useita kertoja viikossa. Kilpaliikkujia on aineistossa niin vähän, että heidät on taulukossa yhdistetty kuntoliikkuihin.

Taulukko 5.2. Vastaajien jakautuminen (%) eri liikkujaluokkiin

	52–56 v		62–66 v		72–76 v		82–86 v	
	2002	2012	2002	2012	2002	2012	2002	2012
<i>Molemmat sukupuolet yhteensä</i>								
liikunnallisesti passiiviset	19	18	12	16	23	16	–	42
arkiliikkujat	66	59	74	63	65	65	–	45
kuntoliikkujat*	15	23	15	22	12	19	–	13
<i>Miehet</i>								
liikunnallisesti passiiviset	23	19	11	19	20	17	–	28
arkiliikkujat	59	54	72	56	68	63	–	51
kuntoliikkujat*	17	28	17	25	12	20	–	21
<i>Naiset</i>								
liikunnallisesti passiiviset	16	17	13	13	26	15	–	50
arkiliikkujat	72	64	75	69	63	67	–	42
kuntoliikkujat*	13	19	12	18	11	18	–	8

*kilpaliikkujat on yhdistetty kuntoliikkuihin

Tärkein liikkumisympäristö on oman asunnon ja päivittäistoimintojen ympärille rakentuva arjen ympäristö, ja eniten tutkittavissa onkin arkiliikkujia. Liikunnallisesti passiivisia on lähes yhtä paljon kuin kuntoliikkujia. Miesten joukossa kuntoliikkujia on jonkin verran enemmän kuin naisten joukossa, mutta naisilla taas arkiliikkuminen on yleisempää kuin miehillä.

Vanhimmassa, 82–86-vuotiaiden ryhmässä miehet liikkuvat naisia enemmän. Tässä ikäryhmässä peräti joka toinen nainen on liikunnallisesti passiivinen, kun nuoremmissa ikäryhmissä passiivisten osuus jää 13–17 prosenttiin. Miehilläkin liikunnallinen passiivisuus lisääntyy yli kahdeksankymppisten keskuudessa, mutta toisaalta kuntoliikkujia on heissä yhtä paljon kuin seitsemänkymppisissä. Kaiken kaikkiaan sekä miesten että naisten liikunnallinen aktiivisuus pysyy suunnilleen samalla tasolla ennen 80:tä ikävuotta vähentyäkseen vasta tämän jälkeen.

Tarkasteltaessa liikunta-aktiivisuuden muutosta vuosien 2002 ja 2012 välillä huomataan, että 52–56-vuotiaiden ryhmässä arkiliikkujien osuus on vähentynyt, kuntoliikkujien osuus lisääntynyt ja liikunnallisesti passiivisten osuus pysynyt lähes ennallaan. Kymmentä vuotta vanhempien, 62–66-vuotiaiden miesten liikuntakäyttäytyminen näyttää hyvin erilaiselta vuonna 2012 kuin vuonna 2002. Tässä ikäryhmässä on selviä merkkejä polarisaatiosta, sillä sekä liikunnallisesti passiivisten että kuntoliikkujien

osuus on lisääntynyt. 72–76-vuotiaiden ikäryhmässä liikuntakäyttäytyminen on taas kehittynyt myönteiseen suuntaan. Kuntoliikkujien osuus on kasvanut sekä miesten että naisten ryhmässä, liikunnallisesti passiivisten osuus on sen sijaan vähentynyt erityisesti naisten joukossa.

Eniten liikuntaa harrastavat hyvin koulutetut henkilöt ja vähäisintä se on vähän koulutettujen ja heikosti toimeen tulevien sekä huonon terveyden omaavan väestönosan keskuudessa. Vähän liikkuvien liikunta-aktiivisuuden edistäminen ja tukeminen on haasteellinen tehtävä, sillä pelkät terveydelliset perusteet eivät riitä liikunnallisesti passiivisten motivointiin. Liikkuakseen ihmisten on koettava liikunta merkitykselliseksi. Ikääntyvien ihmisten liikkumattomuuden syyt olisi hyvä tunnistaa mahdollisimman yksilöllisesti. Näin onkin Padasjoella (Kleemola ym. 2012) ja Lahdessa (Markkanen ym. 2012) pyritty tekemään.

Matkoilla ja maailmalla

Gerontologisessa tutkimuksessa puhutaan ns. APC-ongelmasta eli siitä, kuinka vaikeaa on erottaa iän (Age), ajan tai tarkasteluperiodin (Period) ja kohortin tai sukupolven (Cohort) vaikutuksia toisistaan (esim. Yang 2011). Ikihyvä-aineiston avulla tarkasteluja voidaan tehdä kaikissa kolmessa suunnassa, mutta loppuun saakka APC-ongelmaa ei voida ratkaista, sillä iän, ajan ja sukupolven vaikutukset palautuvat aina toinen toisiinsa.

Kun ensimmäisiin, vuonna 2002 kerättyihin aineistoihin perustuen tutkittiin hyvin yleiseksi osoittautunutta ulkomaan matkailua, sen pääteltiin olevan ennen muuta ajan ilmiö: vielä muutama vuosikymmen aikaisemmin ulkomaan matkailu oli ollut harvinaista työikäisilläkin, saati sitten eläkeikäisillä, mutta viimeistään vuosituhannen vaihteessa massamatkailu oli tempaissut eläkeikäisetkin mukaansa. (Karisto & Konttinen 2004, 153.)

Taulukko 5.3. Viimeksi kuluneen vuoden aikana ulkomailla matkustaneiden prosenttiosuudet

	52–56 v	62–66 v	72–76 v	82–86 v
Miehet				
2002	52	48	38	-
2012	-	52	48	24
Naiset				
2002	56	51	35	-
2012	-	64	48	20
Kaikki				
2002	54	49	36	-
2012	-	59	48	21

Taulukon 5.3 mukaan ulkomaanmatkailu on entisestään yleistynyt, mikä kaikes-ta päätellen liittyy kohorttivaikutukseen tai -vaihduntaan. Sekä 62–66-vuotiaissa että 72–76-vuotiaissa ulkomailla käyneiden osuudet ovat vuonna 2012 selvästi korkeam-mat kuin vuonna 2002 aikaisemmin syntyneiden kohorttien ollessa samassa iässä. Kun edellä havaittiin, etteivät suuret ikäluokat ole eläkkeelle siirtyessään isommin aktivoi-tuneet, matkustelu on toiminto, jossa niin on tapahtunut. Vuonna 2012 he matkustelivat itse asiassa enemmän kuin vuonna 2002, vaikka olivat nyt kymmenen vuotta vanhem-pia – tai näin tapahtui suuriin ikäluokkiin kuuluvien naisten keskuudessa, jotka kuu-sikymppisinä ovat tässäkin asiassa miehiä aktiivisempia. Taulukko 5.3 kertoo ikävai-kutuksenkin olevan olemassa, sillä mitä vanhemmasta ikäryhmästä on kysymys, sitä pienempiä ovat ulkomailla matkustaneiden osuudet.



Kuva: Miika Kainu

6 Terveys ja elintavat

Raisa Valve, Mikael Fogelholm, Ilkka Väänänen, Risto Raivio, Riitta Airola ja Pasi Töyli

- ❖ Itse arvioitu terveys ja toimintakyky ovat kohentuneet kymmenen vuoden aikana erityisesti yli 60-vuotiailla. Kohentunut terveys ja toimintakyky saattavat heijastua myös havaittuun selkäsairauksien vähenemiseen.
- ❖ Valtimotaudin riskitekijöiden (kohonnut verenpaine ja kolesteroli sekä vyötärölihavuus) yleisyys on säilynyt lähes ennallaan. Samaan aikaan sepelvaltimotaudin ilmoittaneiden osuudet ovat vähentyneet. Valtimosairastavuuden laskua voinee selittää usean eri riskitekijän varhaisempi tunnistaminen ja lääkehoidon lisääntyminen.
- ❖ Elintavoissa on tapahtunut terveyden kannalta epäedullisia muutoksia. Voi- ja viöljylevitteiden käyttö leivällä ja makkaran syöminen ovat yleistyneet. Lisäksi viikoittainen alkoholin käyttö on yleistynyt erityisesti naisilla. Yksilötasolla elintapojen vaikutusta terveyteen on kuitenkin vaikea ennustaa, ja elintapamuutosten vaikutukset sairastavuuteen tulevat väestötasollakin näkyviin pitkällä viiveellä.

Entistä parempi terveys ja toimintakyky

Ihmisen oma käsitys terveydestään ennustaa hyvin terveydentilan tulevaa kehitystä, sairastavuutta ja kuolleisuutta. Itse arvioitu terveys on kohentunut Päijät-Hämeessä kaikissa ikäryhmissä sekä miehillä että naisilla kymmenen vuoden aikana (taulukko 6.1). Huonoksi tai melko huonoksi terveytensä arvioivien osuudet ovat pienentyneet ja vastaavasti terveytensä hyväksi arvioivien osuudet kasvaneet. Valtakunnallisestikin suuntaus on ollut samanlainen (Holstila ym. 2012). Päijät-Hämeessä myönteisiä muutoksia on tapahtunut erityisesti vähemmän koulutetuilla eli alle kymmenen vuotta koulua käyneillä 62–66- ja 72–76-vuotiailla. Tämä havainto on kiinnostava, mutta siihen vaikuttaneiden tekijöiden todentaminen ei ole aivan helppoa. Kenties toimiva terveydenhuoltojärjestelmä onnistuu ylläpitämään vanhenevan väestön terveyttä koko ajan paremmin ja paremmin. Toisaalta yleinen tiedottaminen terveyden edistämisestä ikääntyvillä on voinut innostaa aikaisempaa paremmin pitämään huolta omasta terveydestä.

Myös itse arvioitu toimintakyky on kohentunut kymmenessä vuodessa. Sitä osoittaa muun muassa se, että portaiden nouseminen useita kertoja ilman vaikeuksia onnistuu nykyisin entistä useammalta kuusi- ja seitsemänkymppiseltä (taulukko 6.1). Vanhimmassa ikäryhmässä tähän pystyy tosin enää noin joka neljäs mies ja joka kym-

menes nainen. Sukupuolten väliset erot ovat kuitenkin suuria: portaiden noususta suoriutuu vaikeuksitta puolet 72–76-vuotiaista miehistä mutta vain kolmannes samanikäisistä naisista. Eroa voi selittää naisten yleisesti matalampi voimareservi, jonka vuoksi jo vähäisenkin voimatason aleneminen vaikeuttaa selviytymistä runsaasti voimaa edellyttävistä toiminnoista.

Vartalon taivuttaminen, polvistuminen tai kumartuminen onnistuu puolestaan vaikeuksitta aikaisempaa useammalta viisi- ja kuusikymppiseltä naiselta sekä seitsemänkymppiseltä mieheltä. Myös puolen kilometrin kävelystä ilman vaikeuksia suoriutuvien osuus on suurentunut 72–76-vuotiailla. Itse arvioitu toimintakyky heikentyy kuitenkin iän myötä, ja se on 82–86-vuotiailla jo selvästi huonompi kuin nuoremmissa ikäryhmissä. Nämä Ikihyvän havainnot ovat linjassa valtakunnallisen suuntauksen kanssa. Eläkeikäisen väestön toimintakyky on parantunut viime vuosikymmeninä (Holstila ym. 2012).

Taulukko 6.1. Koettu terveys ja toimintakyky vuosina 2002 ja 2012 (%)

	Sukupuoli ja arviointivuosi	52–56 v	62–66 v	72–76 v	82–86 v
Koettu terveys on hyvä	Miehet 2002	17	12	7	-
	Miehet 2012	26	23	17	7
	Naiset 2002	26	12	5	-
	Naiset 2012	32	29	14	7
Terveys ei rajoita lainkaan portaiden nousemista useita kerroksia	Miehet 2002	72	50	37	-
	Miehet 2012	80	64	51	23
	Naiset 2002	71	46	24	-
	Naiset 2012	76	56	32	13
Terveys ei rajoita lainkaan vartalon taivuttamista, polvistumista tai kumartumista	Miehet 2002	58	66	32	-
	Miehet 2012	65	69	41	22
	Naiset 2002	66	47	29	-
	Naiset 2012	69	53	35	21

Kaatumiset ja niiden pelko yleistyvät iän myötä molemmilla sukupuolilla (taulukko 6.2). Kaatumistapaukset ovat naisten ja miesten keskuudessa lähes yhtä yleisiä, mutta naiset pelkäävät kaatumista huomattavasti enemmän kuin miehet. Murtumat ovat vuoteen 2002 verraten vähentyneet viisikymppisillä miehillä ja seitsemänkymppisillä naisilla. Valtakunnallisestikin lonkkamurtumat ovat vähentyneet yli 65-vuotiailla.

Taulukko 6.2. Puolen vuoden aikana kaatuneiden ja kaatumista pelkäävien osuudet vuonna 2012 sekä kaatumisen tai muun syyn aiheuttamien murtumien osuudet vuosina 2002 ja 2012 (%)

		52–56 v	62–66 v	72–76 v	82–86 v
Pelkää kaatumista	Miehet 2012	27	38	57	66
	Naiset 2012	42	65	75	84
On kaatunut puolen vuoden aikana	Miehet 2012	68	71	74	66
	Naiset 2012	78	82	79	70
Kaatumisen tai muun syyn aiheuttama murtuma	Miehet 2002	6	4	3	-
	Miehet 2012	1	2	3	10
	Naiset 2002	3	6	11	-
	Naiset 2012	4	4	7	8

Kohonnut verenpaine edelleen yleisin sairaus

Kohonnut verenpaine oli tavallisin itse ilmoitettu lääkärin hoitama sairaus sekä vuonna 2002 että vuonna 2012 (taulukko 6.3). Vuoden 2012 kyselyssä siitä ilmoitti runsas neljäsosa 52–56-vuotiaiden ikäryhmään kuuluvista ja noin 40 prosenttia 62–66- ja 72–76-vuotiaista. Muutosta ei juuri ole tapahtunut verrattuna kymmenen vuotta aikaisempaan tilanteeseen. Ainoastaan seitsemänkymppisillä miehillä kohonnut verenpaine on yleistynyt.

Taulukossa 6.3 tarkastellaan myös Ikihyvän terveystarkastuksissa mitattua kohonnutta systolista verenpainetta (yläpainetta), joka kertoo luotettavasti kokonaisuudessaan kohonneesta verenpaineesta. Juuri yläpainella on taipumus kohota iän myötä. Mittauksissa havaittu kohonnut verenpaine on miehillä huomattavasti itse ilmoitettua verenpainetauti (tai kohonnutta verenpainetta) yleisempi. Naisilla itse ilmoitettu ja terveystarkastuksesta saatu tieto ovat sen sijaan lähellä toisiaan. Miesten osalta tämä tulos voi tarkoittaa sitä, että heidän joukossaan on edelleen hoitamatonta verenpainetta. Sitä voi toisaalta osittain selittää mittaustilanteeseen liittyvä jännitys, joka nostaa hetkellisesti verenpainetta. Joka tapauksessa, kohonnutta yläpainetta kuvaavat luvut ovat laskeneet sekä 60- että 70-vuotiailla kymmenessä vuodessa (taulukko 6.3). Systolinen verenpaine on laskenut riippumatta verenpainelääkkeiden käytöstä.

Taulukko 6.3. Eräiden itse ilmoitettujen sairauksien sekä riskitekijöiden yleisyys vuosina 2002 ja 2012 (%)

	Sukupuoli ja vuosi	52–56 v	62–66 v	72–76 v	82–86 v
Kohonnut verenpaine (itse ilmoitettu)	Miehet 2002	27	40	32	–
	Miehet 2012	27	40	44	38
	Naiset 2002	27	36	45	–
	Naiset 2012	29	36	44	51
Kohonnut systolinen verenpaine (mitattu Ikihyvän terveystarkastuksissa)	Miehet 2002	55	65	69	–
	Miehet 2012	–	53	60	50
	Naiset 2002	42	63	74	–
	Naiset 2012	–	35	49	45
Kohonnut veren kolesteroli (itse ilmoitettu tieto)	Miehet 2002	21	29	27	–
	Miehet 2012	21	34	31	23
	Naiset 2002	18	32	32	–
	Naiset 2012	18	31	30	30
TotKol/HDL suhde yli tavoitetason (mitattu Ikihyvän verikokeissa)	Miehet 2002	62	57	52	
	Miehet 2012	–	48	30	29
	Naiset 2002	32	40	36	
	Naiset 2012		30	26	25
Selän kulumavika tai muu selkäsairaus (itse ilmoitettu)	Miehet 2002	21	23	28	–
	Miehet 2012	8	18	18	27
	Naiset 2002	18	26	32	–
	Naiset 2012	20	19	25	37

Kymmenessä vuodessa verenpainelääkkeiden käyttö lisääntyi keskimäärin yhdeksän prosenttiyksikköä. Vuonna 2012 niitä käytti 52–56-vuotiaiden ikäryhmästä noin 30 prosenttia, 62–66-vuotiaista 40 prosenttia ja 72–76-vuotiaista 50 prosenttia (Taulukko 6.4). Verenpainelääkkeiden käyttö on lisääntynyt koko maassa (Holstila ym. 2012).

Taulukko 6.4. Verenpainelääkkeiden ja kolesterolia alentavien lääkkeiden käyttö vuosina 2002 ja 2012 (%)

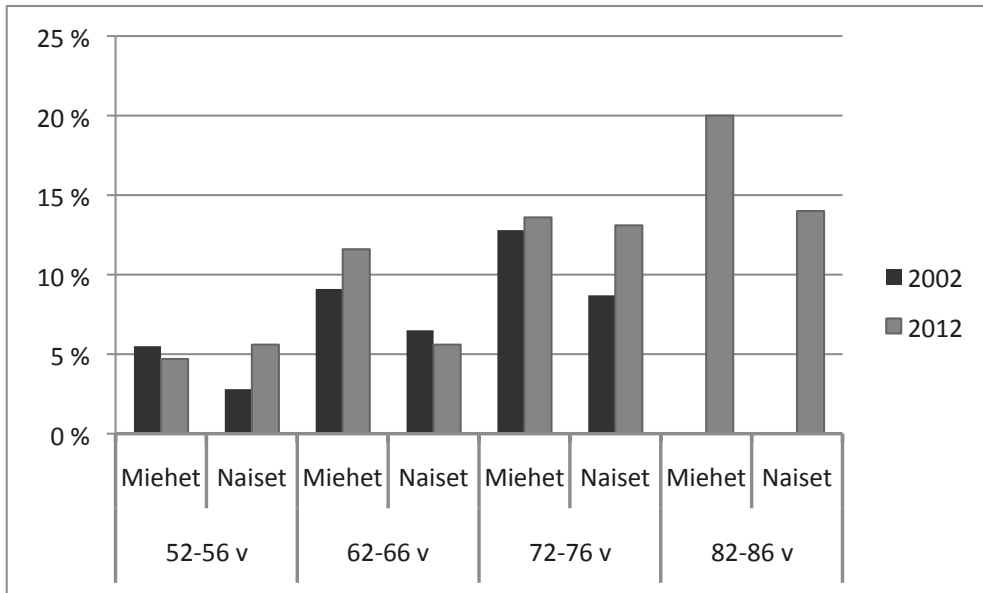
	Sukupuoli ja vuosi	52–56 v	62–66 v	72–76 v	82–86 v
Verenpainelääke	Miehet 2002	16	35	34	–
	Miehet 2012	29	40	50	54
	Naiset 2002	19	29	45	–
	Naiset 2012	27	38	52	64
Kolesterolilääke	Miehet 2002	10	21	23	45
	Miehet 2012	13	30	39	64
	Naiset 2002	5	17	27	
	Naiset 2012	9	24	33	32

Kohonnut veren kolesterolit on varsin tavallinen Ikihyvä-vastaajien itse ilmoittama riskitekijä kaikissa ikäryhmissä (taulukko 6.3). Siitä ilmoitti kumpanakin vuonna joka viides 52–56-vuotiaiden ikäryhmässä ja joka kolmas 62–66- ja 72–76-vuotiaiden ikäryhmissä.

Veren kokonaiskolesterolin suhde HDL-kolesteroliin (totKol/HDL) kuvastaa kokonaiskolesterolia paremmin sydänsairauksien riskiä (Mensick ym. 2003). Mitä pienempi suhdeluku on, sitä suurempi osa kokonaiskolesterolista on hyvää HDL-kolesterolia. Tavoitteena on, että suhdeluku on alle neljä. Näin mitaten Ikihyvän vastaajien tilanteessa on tapahtunut myönteisiä muutoksia. Niiden osuus, joilla tavoitetaso ei toteudu, on pienentynyt kymmenen vuoden aikana (taulukko 6.3). Samaan aikaan kolesterolia alentavien lääkkeiden käyttö on lisääntynyt 62–66- ja 72–76-vuotiaiden ikäryhmissä (taulukko 6.4).

Lihavuuden yleisyyttä tarkasteltiin vyötärön ympärystä mittaamalla. Vyötärön ympärys kuvastaa hieman painoindeksiä paremmin terveydelle haitallisen rasvan kertymistä vatsaonteloon. Miehillä vähintään metrin ja naisilla vähintään 90 cm:n vyötärön ympärys kuvastaa merkittävää vyötärölihavuutta, jota voidaan myös pitää terveydellisenä riskinä. Vuonna 2012 vyötärölihavioita oli keskimäärin puolet tutkittavista 62–66- ja 72–76-vuotiaiden ikäryhmissä. Kymmenessä vuodessa vyötärölihavien osuus on pienentynyt 72–76-vuotiailla naisilla 62 prosentista 53 prosenttiin, mutta muissa ikäryhmissä ei ole tapahtunut muutoksia.

Diabeteksen esiintyvyyden ennustetaan kaksinkertaistuvan seuraavan vuosikymmenen aikana. Ikihyvän vastaajien joukossa itse ilmoitettu diabetes on yleistynyt merkittävästi ainoastaan 72–76-vuotiailla naisilla (kuva 6.1).



Kuvio 6.1. Itse raportoidun diabeteksen yleisyys

Sepelvaltimotaudin ilmoittaneiden osuudet ovat puolittuneet kymmenessä vuodessa naisilla 62–66-vuotiaiden (12:sta 6 prosenttiin) ja 72–76-vuotiaiden ikäryhmissä (7:stä 3 prosenttiin). Vuonna 2012 yksikään 52–56-vuotias mies ei kertonut sairastavansa sepelvaltimotautia, kun vuonna 2002 sepelvaltimotaudin ilmoitti kolme prosenttia tämän ikäisistä miehistä. Saman ikäryhmän naisista puolestaan kukaan ei vuonna 2002 ilmoittanut sairastavansa keuhkohtaumatautia, mutta vuonna 2012 sen ilmoitti kaksi prosenttia kyseisen ikäryhmän naisista.

Selän kulumaviat ja muut selkäsairaudet ovat kaikissa ikäryhmissä tavallisia. Ne ovat kuitenkin vähentyneet kymmenessä vuodessa selvästi 52–56-vuotiailla miehillä, 62–66-vuotiailla naisilla ja 72–76-vuotiailla miehillä ja naisilla (taulukko 6.3).

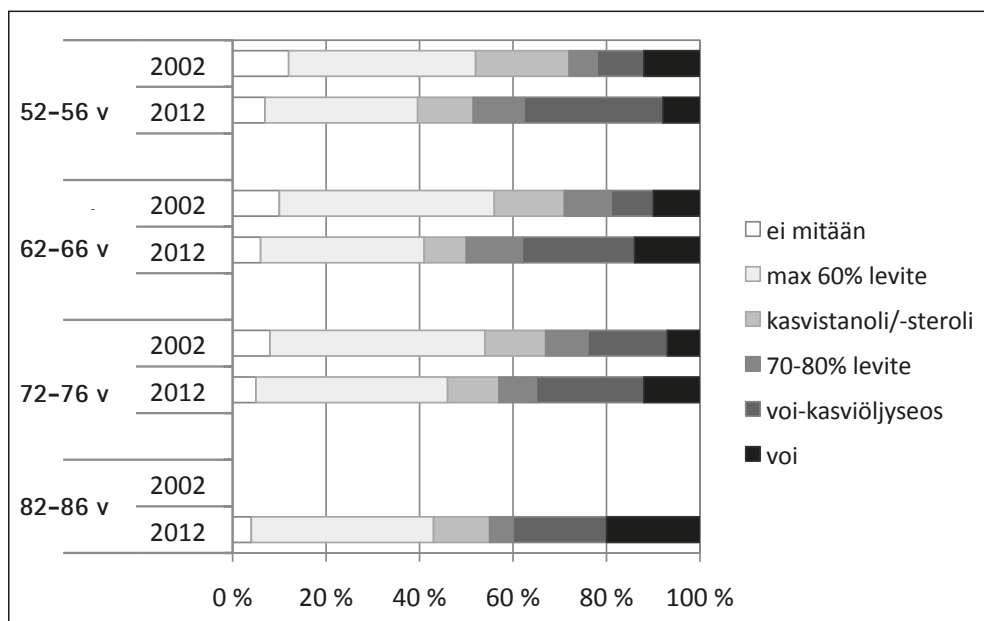
Elintavoissa myönteisiä ja kielteisiä muutoksia

Elintavoilla on merkitystä sairauksien riskitekijöiden kehittymiseen ja myös sairauksien kulkuun. Tässä luvussa tarkastellaan ruokatottumuksia, alkoholinkäyttöä ja tupakointia. Liikunnasta kerrotaan luvussa 5.

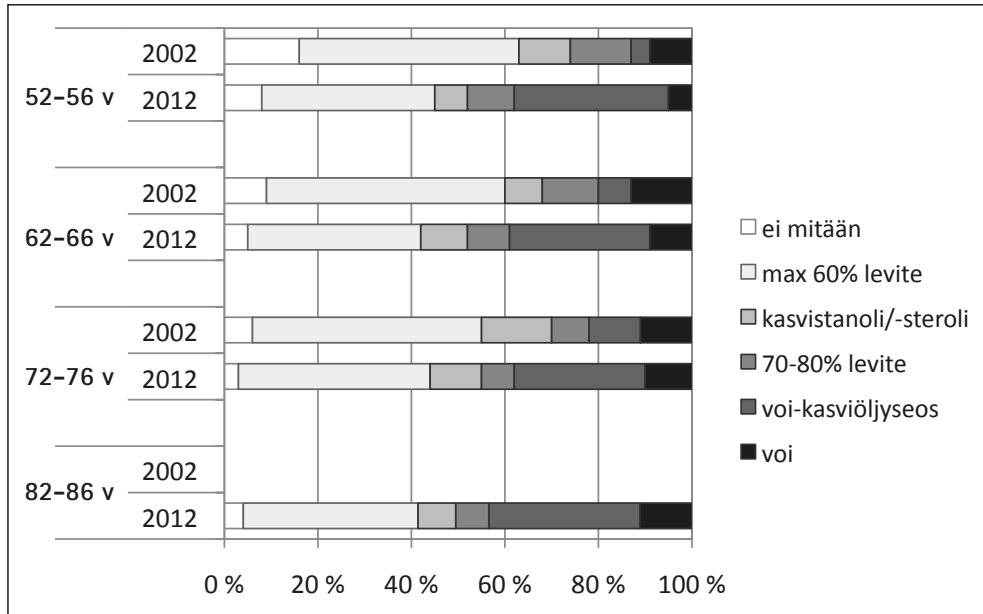
Ruokavalio ja ruokatottumukset ovat monimutkaisia ilmiöitä, joiden kuvaaminen on haasteellista. Olemme tähän raporttiin valinneet tarkasteluun kolmen ruoka-aineen käytön. Kaikkia kolmea voidaan tietyllä tapaa pitää osoittimina ruokavalion laadusta. Leipärasvan valinta kertoo rasvan laadusta (kasvirasva vs. eläinrasva). Kasvisten runsas käyttö on terveellistä jo sinänsä, mutta se kertoo usein yleisemminkin terveellisistä ruokatottumuksista (Turunen ym. 2011). Makkaran runsas käyttö taas on yhteydessä huo-

noon terveyteen joko makkarasta itsestään johtuen tai siksi, että runsas makkaran käyttö ennustaa muita huonoja ruokatottumuksia (Fogelholm & Heinonen 2012).

Vuosina 2002 ja 2012 yleisin leivän päällä käytetty rasva oli enintään 60 prosenttia rasvaa sisältävä levite (kuviot 6.2 ja 6.3). Tällaisen levitteen käyttö on kuitenkin vähentynyt, ja vuonna 2012 lähes yhtä suosittu leipärasva on voi-kasviöljyseos. Muutos kymmenen vuoden takaiseen tilanteeseen on suuri, sillä tuolloin voi-kasviöljyseosta käytti vain noin joka kymmenes mutta nyt joka kolmas vastaaja. Voita sisältävien levitteiden käyttö on lisääntynyt viime vuosina koko maassa (Holstila ym. 2012; Helakorpi ym. 2012). Muutos rasvanlaadussa on tapahtunut kaikissa koulutusluokissa, jopa voimakkaimpina korkeammin koulutetuilla.



Kuvio 6.2. Tavallisin leivän päällä käytetty rasva miehillä vuosina 2002 ja 2012



Kuvio 6.3. Tavallisin leivän päällä käytetty rasva naisilla vuosina 2002 ja 2012

Vuonna 2012 kasviksia söi päivittäin keskimäärin 70 prosenttia naisista ja puolet miehistä (taulukko 6.5). Päivittäin kasviksia syövien osuus on vuodesta 2002 kasvanut vain 72–76-vuotiaiden ikäryhmässä. Vähäisintä kasvien syönti on edelleen 52–56-vuotiaiden miesten keskuudessa. Makkaran syöminen on yleistynyt kymmenessä vuodessa viisi- ja kuusikymppisillä miehillä ja kuusikymppisillä naisilla. Viisikymppisistä miehistä puolet kertoo syövänsä makkaraa vähintään joka toinen päivä (taulukko 6.5), heistä lähes joka viides päivittäin.

Taulukko 6.5. Kasvien (sis. tuoreet ja kypsennetyt kasvikset, marjat ja hedelmät) ja makkarojen syöminen vuosina 2002 ja 2012 (%)

	Sukupuoli ja vuosi	52–56 v	62–66 v	72–76 v	82–86 v
Syö lähes päivittäin kasviksia	Miehet 2002	44	48	50	–
	Miehet 2012	40	53	60	58
	Naiset 2002	70	72	61	–
	Naiset 2012	73	76	73	65
Syö vähintään joka toinen päivä makkaraa	Miehet 2002	39	28	28	–
	Miehet 2012	50	38	37	36
	Naiset 2002	20	14	19	–
	Naiset 2012	20	20	20	27

Alkoholin viikoittainen käyttö yleistynyt

Päijät-Hämeessä alkoholia vähintään kaksi kertaa viikossa juovien 52–56-vuotiaiden miesten ja naisten osuudet ovat kasvaneet selvästi (taulukko 6.6). Raittiiden naisten osuus on pienentynyt kaikissa ikäryhmissä, ja muutaman kerran kuukaudessa tapahtuva juominen on naisilla yleistynyt etenkin 62–66- ja 72–76-vuotiaiden ikäryhmissä. Valtakunnallinen trendi on samansuuntainen. Raittiiden eläkeikäisten osuus on pienentynyt pitkällä aikavälillä ja alkoholin käyttö on lisääntynyt etenkin 65–74-vuotiailla (Holstila ym. 2012).

Taulukko 6.6. Alkoholin käyttöihteys vuosina 2002 ja 2012 (%)

	52–56 v		62–66 v		72–76 v		82–86 v
	2002	2012	2002	2012	2002	2012	2012
<i>Miehet</i>							
ei koskaan	6	10	13	12	18	16	29
enintään kerran kuukaudessa	23	14	28	30	32	33	33
2–4 kertaa kuukaudessa	40	31	33	34	35	31	20
vähintään 2 kertaa viikossa	31	45	26	25	16	20	18
<i>Naiset</i>							
ei koskaan	14	7	29	20	45	40	57
enintään kerran kuukaudessa	38	34	39	40	38	35	29
2–4 kertaa kuukaudessa	32	33	22	28	12	19	9
vähintään 2 kertaa viikossa	17	26	10	12	4	7	5

Taulukko 6.7. Päivittäin tupakoivien prosenttiosuudet vuosina 2002 ja 2012

	52–56 v	62–66 v	72–76 v	82–86 v
Miehet 2002	31	16	8	-
Miehet 2012	23	15	6	2
Naiset 2002	20	9	3	-
Naiset 2012	18	11	3	0

Päivittäin tupakoivien osuudet pienenevät vanhempiin ikäryhmiin mentäessä (taulukko 6.7). Todennäköisimmin syynä tähän on tupakoivien lyhyempi elinikä. Nuorimpaan 52–56-vuotiaiden ryhmään kuuluvista miehistä vajaa neljännes tupakoi päivittäin vuonna 2012. Kymmenen vuotta aikaisemmin päivittäin tupakoi lähes joka kolmas tämänikäinen mies. Päijäthämäläisten tupakointi on valtakunnallisesti vertaillen samalla tasolla (Helakorpi ym. 2012; Holstila ym. 2012).



Kuva: Saara Olkkonen

7 Sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö ja palvelukokemukset

Ilkka Haapola, Henna Nieminen, Risto Raivio

- ❖ Kuusikymmentä- ja seitsemänkymmentävuotiaat käyvät nyt harvemmin lääkärin vastaanotolla kuin 10 vuotta aiemmin. Muutoksen taustalla on tämänikäisten terveyden parantuminen, mutta myös palvelujen tarjonnassa, sisällössä ja hoitokäytännöissä tapahtuneet muutokset voivat vaikuttaa lääkärin vastaanotolla käyntiin. Vaikeudet ajan saamisessa lääkärin vastaanotolle ovat kasvaneet 10 vuodessa; toisaalta reseptien uusiminen on virtaviivaistunut. Terveyden- ja sairaanhoitajat ovat saaneet lisää vastuuta kroonisten sairauksien hoidossa myös ikäihmisten osalta.
- ❖ Hammashoidon palvelujen käyttö on 10 vuodessa lisääntynyt, ja sukupuolten väliset erot ovat tasoittuneet. Muutokset vastaavat 2000-luvun alussa toteutetun suun terveydenhuollon uudistuksen tavoitteita. Vaikka hammashoitopalvelut ovat viime vuosina monipuolistuneet, niiden käyttö painottuu ikääntyvillä edelleen lääkäripalveluihin.
- ❖ Kotihoidon ja sen tukipalvelujen käyttö painottuu selvästi vanhimpaan, yli 80-vuotiaiden ikäryhmään.
- ❖ Tyytyväisyys kunnan järjestämiin sosiaali- ja terveyspalveluihin on kouluarvosanoilla mitaten hieman lisääntynyt. Alueelliset erot ovat tässä suhteessa jonkin verran kaventuneet. Kritiikkiä herättää kuitenkin edelleen erityisesti lääkäripalvelujen ja vanhusten kotihoidon huono saatavuus.

Tässä luvussa tarkastellaan ensin sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä ikäryhmittäin, ja niiltä osin kuin se on mahdollista myös niiden käytössä tapahtuneita muutoksia. Luvun lopussa keskitytään palvelukokemuksiin ja -mielikuviin. Niitä tarkastellaan ikäryhmä- ja sukupuolijaottelun ohella myös sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäjätai tuottajatahon mukaan eli vertailemalla Lahtea, Heinolaa sekä peruspalvelukeskus Aavan ja peruspalvelukeskus Oivan alueita toisiinsa. Peruspalvelukeskus Aavan alueeseen kuuluvat Orimattila, Nastola, Iitti, Sysmä, Hartola, Pukkila ja Myrskylä. Peruspalvelukeskus Oiva tuottaa puolestaan viiden kunnan (Asikkalan, Hollolan, Hämeenkosken, Kärkölan ja Padasjoen) sosiaali- ja perusterveydenhuollon palvelut. Tämä aluejako on muissa luvuissa käytettyä kolmiluokkaista kuntaryhmittelyä tarkoituksenmukaisempi palvelukokemuksia tarkasteltaessa.

Lääkäripalvelujen käyttö

Neljä viidesosaa Ikihyvä-tutkimukseen vastanneista on käynyt lääkärin vastaanotolla viimeisen vuoden aikana (taulukko 7.1). Lääkäripalvelujen käyttö ja etenkin useita kertoja lääkärissä käyneiden osuus on kymmenessä vuodessa vähentynyt sekä 60–66- että 72–76-vuotiaiden keskuudessa. Vähintään kolme kertaa lääkärissä käyneiden osuus on molemmissa ikäryhmissä pienentynyt 13–14 prosenttiyksikköä, ja vähintään kuusi kertaa vastaanotolla käyneiden osuus on pudonnut lähes yhtä paljon. Näiden muutosten seurauksena lääkäripalvelujen käyttö olikin vuonna 2012 sekä 60- että 70-vuotiaiden keskuudessa vähäisempää kuin nuorimmassa ja vanhimmassa ikäryhmässä.

Taulukko 7.1. Käyntejä lääkärin vastaanotolla (sairaala- ja poliklinikkakäynnit mukaan lukien) viimeksi kuluneen vuoden (12 kk) aikana vuosina 2002 ja 2012 (kumulatiiviset prosenttiosuudet)

	52–56 v		62–66 v		72–76 v		82–86 v	
	2002	2012	2002	2012	2002	2012	2002	2012
vähintään 6 kertaa	16	14	16	9	21	10	–	15
vähintään 3 kertaa	44	41	45	32	53	39	–	46
vähintään kerran	79	81	81	77	86	81	–	82

Ei ole yllättävää, että yli 80-vuotiaat käyvät lääkärissä nuorempia eläkeikäisiä enemmän. Yllättävämpää on vielä työikäisten eli 52–56-vuotiaiden runsas lääkäripalvelujen käyttö. Se liittyy työterveyspalveluihin, jotka ovat tarjolla työikäisille mutta eivät yleensä enää eläkkeelle siirtymisen jälkeen. Työterveyshuollon vahvaa asemaa työikäisen väestön sairauksien hoidossa ja terveyden ylläpidossa kuvastaa sekin, että 52–56-vuotiaiden ikäryhmässä lääkäripalvelujen käyttöaste on pysynyt suunnilleen samalla tasolla vuodesta 2002 vuoteen 2012, kun se vanhemmissa ikäryhmissä on siis pienentynyt. Vuoden 2012 kyselystä ei tosin saada tarkkaa tietoa työterveyspalvelujen käytöstä, sillä niistä ei kysytty erikseen. Taulukosta 7.2 voidaan kuitenkin havaita, että työterveyshuollon ja yksityissektorin lääkäripalvelujen yhteenlaskettu käyttöaste putoaa selvästi siirryttäessä nuorimmasta vanhimpaan ikäryhmään. Putoama on suurin kahden nuorimman ikäryhmän – töissä vielä olevien ja eläkkeelle juuri siirtyneiden – välillä. Kun työikäiset turvautuvat yksityisiin ja työterveyshuollon lääkäripalveluihin selvästi useammin kuin julkisen sektorin palveluihin, suhde on eläkeikäisillä täysin päinvastainen. Sukupuolten vertailu osoittaa lisäksi, että työterveyshuollon ja yksityisten lääkäripalvelujen merkitys on erityisen suuri nuorimman ikäryhmän naisille.

Taulukko 7.2. Julkisen sektorin lääkäripalveluja sekä yksityisiä tai työterveyshuollon lääkäripalveluja käyttäneiden prosenttiosuudet vuonna 2012

	52–56 v	62–66 v	72–76 v	82–86 v
<i>Molemmat sukupuolet yhteensä</i>				
Julkinen sektori	46	50	56	52
Yksityissektori tai työterveyshuolto	64	43	33	27
<i>Miehet</i>				
Julkinen sektori	45	48	57	58
Yksityissektori tai työterveyshuolto	54	42	31	28
<i>Naiset</i>				
Julkinen sektori	48	51	55	49
Yksityissektori tai työterveyshuolto	74	45	34	27

Hammashoidon käyttö

Koko aikuisväestö pääsi vuonna 2002 lakisääteisen suun terveydenhuollon ja sairausvakuutuksen tukeman hammashoidon piiriin. Valtakunnallisten arviointien mukaan tämä on lisännyt palvelujen käyttöä järjestelmän piiriin tulleissa uusissa väestöryhmissä. Samanaikaisesti suun terveydenhuollon palvelut ovat monipuolistuneet. Yhä useampi käynti tehdään muun kuin hammaslääkärin vastaanotolle, ja suuhygienistien työ alkaa olla jo tuttua ikääntyneellekin väestölle. (Haapola ym. 2009, 76.)

Palvelujen laajeneminen näkyy Päijät-Hämeessä siten, että hammaslääkärissä käyneiden osuus on noussut noin kymmenen prosenttiyksikköä vuoden 2002 tasosta. Käynnit ovat yleistyneet ylivoimaisesti eniten nuorimman ikäryhmän miesten joukossa. Sukupuolten välinen ero on sitä myötä tasoittunut, ja miehet hoidattavat nyt hampaitaan lähes yhtä säännöllisesti kuin naiset. (Taulukko 7.3.)

Vaikka hammashoitopalvelujen käyttö on monipuolistunut, se painottuu edelleen lääkäripalveluihin. Vuonna 2012 kerättyjen tietojen mukaan hammaslääkärin vastaanotolla käyneitä on kaikissa ikäryhmissä yli kaksi kertaa enemmän kuin suuhygienistin vastaanotolla käyneitä. Kummankin palvelun käyttö on selvästi yhteydessä ikään. Kun nuorimman ikäryhmän jäsenistä yli 70 prosenttia on käynyt hammaslääkärissä, niin vanhimmassa ikäryhmässä sen on tehnyt vajaa puolet. Suuhygienistin vastaanotolla on puolestaan käynyt joka kolmas 52–56-vuotias mutta vanhimman ikäryhmän jäsenistä vain vajaa viidennes.

Taulukko 7.3. Hammaslääkärin ja suuhygienistin vastaanotolla viimeksi kuluneen vuoden aikana vähintään kerran käyneiden prosenttiosuudet vuosina 2002 ja 2012

Sukupuoli ja ikäryhmä	Hammaslääkäri 2002	Hammaslääkäri 2012	Suuhygienisti 2012
Miehet			
52–56	51	74	33
62–66 v	52	60	29
72–76 v	48	57	26
82–86 v	-	45	17
Naiset			
52–56	68	71	30
62–66 v	55	64	31
72–76 v	45	57	24
82–86 v	-	44	20
Yhteensä			
52–56	59	72	32
62–66 v	53	62	30
72–76 v	46	57	25
82–86 v	-	45	19

Muiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö

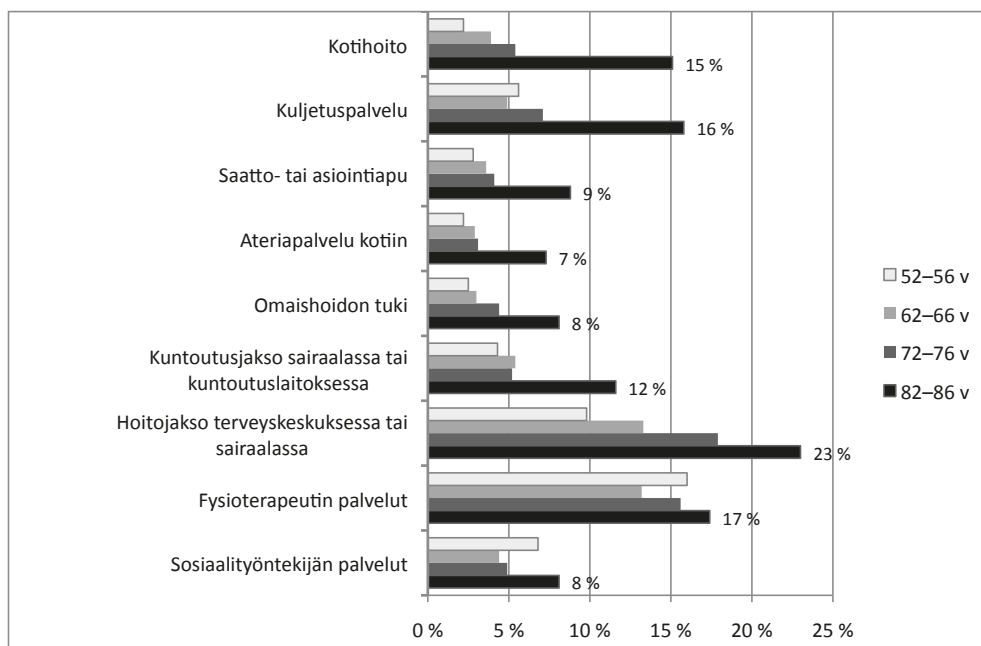
Kuvioon 7.1 on koottu tietoja joidenkin muiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käytöstä vuonna 2012. Kaikkien tarkasteltavien palvelujen käyttö on yhteydessä ikään siten, että vanhimmat käyttävät palveluja eniten. Yhteys on suoraviivaisin sairaalahoidossa, jossa on ollut lähes joka neljäs vanhimpaan ikäryhmään kuuluvista (26 % miehistä ja 21 % naisista). Laitoskuntoutuksessa on ollut runsas kymmenesosa tähän ikäluokkaan kuuluvista, ja tämänkin palvelun käyttö on yleisempää miesten kuin naisten keskuudessa. Sairaalahoidossa sukupuolten ero on havaittavissa kolmessa vanhimmassa ja kuntoutuksessa kahdessa vanhimmassa ikäryhmässä. Toisaalta jotkut (4 %) vanhimman ikäryhmän naisista olivat sitä mieltä, etteivät he ole päässeet kuntoutukseen vaikka olisivat sitä tarvinneet.

Fysioterapiaa nuorimman ikäryhmän jäsenet ovat saaneet lähes yhtä yleisesti kuin vanhin ikäryhmä, mikä liittyyne työntekoa haittaavien vaivojen hoitoon. Tässä ikäryhmässä myös sukupuolten välillä on eroja: 52–56-vuotiaista naisista fysioterapeutilla on käynyt joka viides mutta samanikäisistä miehistä vain joka kymmenes.

Kotihoito, ateriapalvelu, kuljetuspalvelu, saattoapu ja omaishoidon tuki ovat tyypillisiä iäkkäille ihmisille ja vammaisille tarkoitettuja, kotona asumista tukevia palveluja. Niiden saanti tai käyttö on kaikissa ikäryhmissä sairaalahoitoa harvinaisempaa, ja yleistyy merkittävästi vasta 80. ikävuoden tienoilla. Kovin korkealle ei näiden palve-

lujen käyttö iäkkäimmilläkään nouse: kotihoitoa ja kuljetuspalvelua kertoo käyttäneensä 15–16 prosenttia 82–86-vuotiaista, ja omaishoidon tukea, ateriapalvelua sekä saatto- tai asiointiapua on saanut alle kymmenesosa senikäisistä. Näiden palvelujen käytössä miesten ja naisten väliset erot ovat melko pieniä.

Tutkittavilta kysyttiin myös apuvälineiden käytöstä. Vastausten mukaan lähes kymmenesosalla (8 %) 82–86-vuotiaista on käytössään turvapuhelin tai -ranneke. 72–76-vuotiaista se on vain yhdellä sadasta.



Kuvio 7.1. Muutamien sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö viimeksi kuluneen vuoden aikana vuonna 2012: käyttäjien osuus ikäryhmästä (%)

Palvelujen käytön alueelliset erot

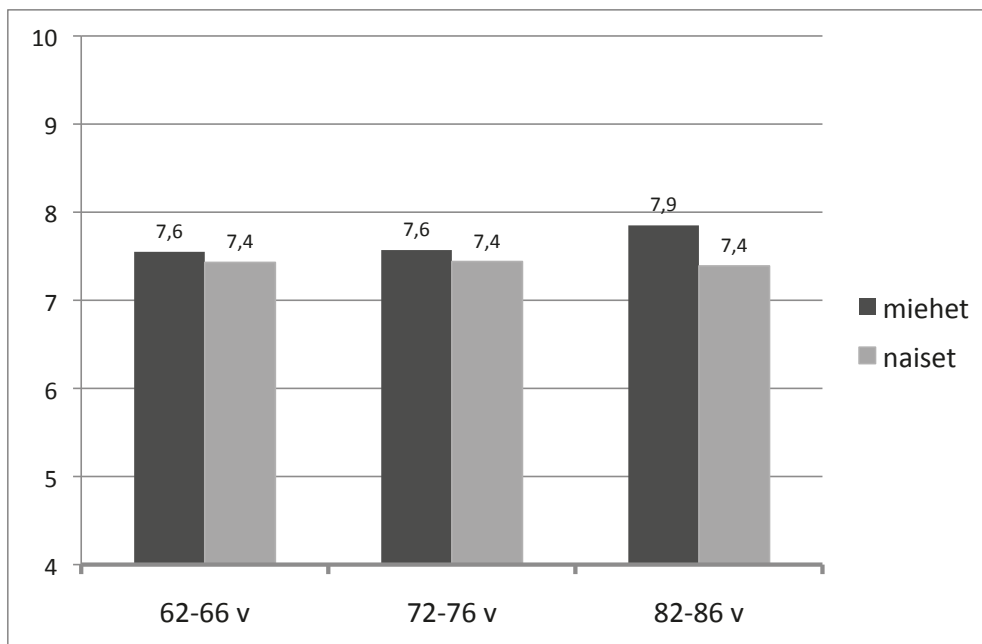
Useimpien edellä tarkasteltujen palvelujen tarve vaihtelee huomattavasti ikäryhmästä toiseen. Sen vuoksi alueiden välisiä vertailuja tulisi periaatteessa tehdä ikäryhmittäin tai ikävakiointia käyttäen, mihin ei tässä yhteydessä ole mahdollisuuksia. Karkea, ikävakioimaton tarkastelu viittaa kuitenkin siihen, että useimpien palvelujen käyttöaste on Lahdessa samaa tasoa kuin muualla Päijät-Hämeessä. Lahtelaiset ovat käyneet esimerkiksi lääkärin, hammaslääkärin ja suuhygienistin vastaanotoilla yhtä yleisesti kuin muutkin päijätähämäläiset. Julkisen sektorin lääkäripalveluja he ovat käyttäneet yhtä yleisesti kuin Heinolassa tai peruspalvelukeskus Aavan alueella asuvat, joskin hieman harvemmin kuin Oiva-kuntien asukkaat. Yksityisten tai työterveyshuollon lääkäripalvelujen käyttö on Lahdessa sen sijaan yleisempää kuin sosiaali- ja terveysyhtymän muilla

alueilla. Fysioterapia on tässä tarkastelluista palveluista ainoa, jonka käyttöaste on Lahdessa selvästi muuta Päijät-Hämettä alhaisempi. Kuten edellä todettiin, nämä havainnot ovat sikäli epätarkkoja, että niissä ei ole otettu huomioon eri alueiden ikärakenteessa vallitsevia eroja. Silti ne poikkeavat yleisestä mielikuvasta, jonka mukaan palvelujen tarjonta olisi Lahdessa vähäisempää kuin muualla.

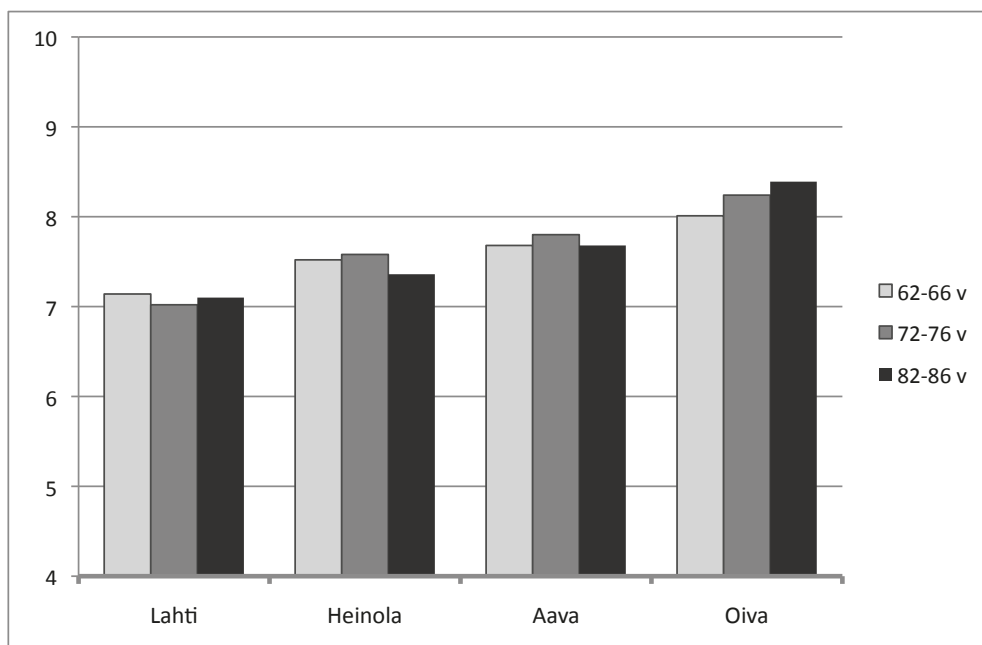
Arvosanat kotikunnalle sosiaali- ja terveyspalveluista

Ikihyvä-tutkimuksen osanottajille on jokaisella tutkimuskerralla esitetty kysymys: ”Minkä kouluarvosanan (4–10) annatte kotikunnallenne tavasta, jolla Teidän ikäistenne sosiaali- ja terveyspalvelut on järjestetty?” Kuvioissa 7.2 ja 7.3 tarkastellaan vuonna 2012 annettujen arvosanojen keskiarvoja ikäryhmän, sukupuolen ja peruspalvelujen tuottamisesta vastaavan yhteistoiminta-alueen mukaan. (52–56-vuotiaat eivät ole tarkastelussa mukana, sillä kysymystä ei esitetty rinnakkaiskyselyssä.)

Kuviosta 7.2 havaitaan, että sosiaali- ja terveyspalveluille annetuissa kouluarvosanoissa ei ole olennaisia ikäryhmittäisiä eroja. Miehet ovat sen sijaan hieman naisia tyytyväisempiä palveluihin etenkin vanhimmassa ikäryhmässä. Alueittaisessa tarkastelussa Lahden saama arvosana on heikoin, Oiva-kuntien arvosana taas paras. Oivan alueella palvelutyytyväisyys on suurinta vanhimmassa ikäryhmässä toisin kuin muilla alueilla. (Kuvio 7.3.)



Kuvio 7.2. Vastaajien kotikunnallenne sosiaali- ja terveyspalveluista antamien kouluarvosanojen keskiarvo ikäryhmän ja sukupuolen mukaan vuonna 2012



Kuvio 7.3. Vastaajien kotikunnalleen sosiaali- ja terveyspalveluista antamien arvosanojen keskiarvo järjestämisalueen ja ikäryhmän mukaan vuonna 2012

Kouluarvosanoissa tapahtuneita muutoksia voidaan tarkastella vain 62–66- ja 72–76-vuotiaiden ikäryhmissä. Kuusikymppisten antamien arvosanojen keskiarvo on noussut 7,3:stä 7,5:een. Muutos on pieni mutta tilastollisesti merkitsevä ($p = 0,032$). Voidaan siis sanoa, että 62–66-vuotiaiden päijätämäläisten tyytyväisyys kuntien järjestämiin sosiaali- ja terveyspalveluihin on hieman lisääntynyt. Myös 70-vuotiaiden antamien arvosanojen keskiarvo on noussut mutta niin vähän (7,4:sta 7,5:een), että se voi kuvastaa yhtä hyvin tilastollista satunnaisuutta kuin palvelutyytyväisyyden todellista muutosta.

Sosiaali- ja terveyspalveluille annetun kouluarvosanan lievä nousu on peräisin lähes yksinomaan Lahdesta, jonka saama arvosana on vuosikymmenessä noussut 6,9:stä 7,1:een (em. ikäryhmissä keskimäärin). Samalla alueelliset erot ovat tasoittuneet: esimerkiksi Lahden ja Oivan välinen ero on supistunut 0,3 arvosanayksikköä.

Avovastausten kertomaa

Vastaajilta kysyttiin niin vuonna 2002 kuin vuonna 2012, mistä asioista he haluaisivat antaa kotikunnalleen tai kunnassa oleville palvelutuottajille ”ruusuja” ja mistä asioista taas ”risuja”. Seuraavassa tarkastellaan ainoastaan vuoden 2012 kyselyssä annettua palautetta, joka saatiin noin joka kolmannelta vastaajalta. Myönteistä palautetta eli ruu-

suja antoi 962 henkilöä ja kielteistä palautetta tai parannustoiveita 984 henkilöä. Kysymyksiä ei rajattu pelkästään sosiaali- ja terveydenhuoltoon, mutta ne esitettiin heti sosiaali- ja terveyspalveluille annetun arvosanan jälkeen, mikä varmaankin suuntaasi vastaajien ajatuksia juuri tälle sektorille. Tarkastelussa ovat myös rinnakkaiskyselyn vastaajat, vaikka heiltä pyydettiin palautetta hieman eri sanoin: pyytämällä nimeämään asioita, joista voi antaa ”kiitosta”, ja asioita, joissa on ”eniten kehitettävää”. Kouluarvosanakysymystä ei rinnakkaiskyselyssä esitetty lainkaan, joten mielipiteet saattavat sen vuoksi hajota enemmän.

Ruusuja palveluntuottajille

Palveluiden *saatavuudella* eli riittävyydellä tarkoitetaan asiakkaan kokemusta siitä, että on tarpeidensa mukaisesti ilman suuria viiveitä päässyt palveluiden piiriin ja saanut apua. Palveluiden saatavuudesta annettiin kiitosta 179 vastauksessa, yleisimmin Oiva-kuntien alueella. Oiva-kuntalaiset olivat erittäin tyytyväisiä siihen, että he olivat päässeet tarvittaessa nopeasti ja vaivattomasti terveyskeskuksen vastaanottopalveluihin.

Palveluiden *sujuvuudella* viitataan siihen, että asiat olivat hoituneet juohevasti, vaivattomasti ja nopeasti. Tätä kiitti 78 vastaajaa. Yleisimmin asiointin sujuvuutta keuhuttiin Heinolassa, jossa oltiin tyytyväisiä muun muassa terveyskeskuksen sekä omalääkärijärjestelmän toimivuuteen.

Asiakkaan kohtaaminen on tärkeä osa palveluprosessia ja sen onnistumista. Palveluhenkilökuntaa koskevaa myönteistä palautetta antoi 135 vastaajaa, jotka kiittivät työntekijöitä muun muassa ystävällisyydestä, asiallisuudesta, palvelualltiudesta ja ammattitaidosta.

Palvelujen *saavutettavuudella* tarkoitetaan tässä yhteydessä sitä, että ne sijaitsevat lähellä tai että ne on helppo saavuttaa myös haja-asutusalueilta käsin. Palvelujen saavutettavuudesta annettiin kiitosta 20 vastauksessa, joskin samalla pelättiin niiden keskittämistä: ”Jos palvelut siirretään esim. Lahteen, ei ole kulku mahdollisuutta.”

Suurin piirtein yhtä monta ruusua (22) annettiin terveydentilan seurannasta: säännöllisistä terveystarkastuksista, kokonaisvaltaisista terveydentilan kartoituksista sekä sairauksien akuuttivaiheen jälkeisestä sairauden seurannasta. Seuranta keuhuttiin eniten Lahdessa, jossa kiitettiin muun muassa säännöllisiä terveystarkastuksia ja sitä, että esimerkiksi diabeteksen hoidossa oli terveydenhuollon puolelta järjestetty jatkuva kontrolli.

Vastaanottopalveluilla tarkoitetaan tässä yhteydessä palvelutilanteita, joissa asiakas kohtaa suunnitellusti palveluntarjoajan. Niitä koskeva palaute liittyi ajanvaraukseen ja muihin puhelinpalveluihin, lääkäri- ja hoitajavetoisiin vastaanottopalveluihin, toimenpiteisiin ja tutkimuksiin, hammaslääkäri- ja hammashoitopalveluihin, laboratoriopalveluihin, seulontoihin, rokotuksiin, ensiapuun ja päivystykseen sekä kuntoutukseen. Näitä asioita koskevaa myönteistä palautetta saatiin yhteensä 345 vastaajalta, yleisimmin Oiva-kunnista.

Vastaanottopalveluista annetut ruusut ojennettiin useimmiten *perusterveydenhuol- lolle*, kuten terveysasemiin, terveyskeskuksiin, kaupungin sairaalaan tai terveystervey- skioskeihin. Niihin liittyvää myönteistä palautetta annettiin 226 vastauksessa. Eniten myön- teistä palautetta perusterveydenhuollon toimipaikoista annettiin Heinolassa, jossa terveyskeskuksen palveluja kehitettiin muun muassa omalääkärijärjestelmän hyvästä toi- mivuudesta.

Lahdessa käynnistyi vuonna 2010 alun perin Yhdysvalloista lähtöisin oleva *terveys- kioskitoiminta*, jossa matalan kynnyksen terveydenhoitopalveluja tarjotaan asiakkaiden luontaisissa asiointipisteissä kuten kauppakeskuksissa (Kork ym. 2012). Orimattilas- sa toiminta käynnistyi kaksi vuotta myöhemmin. Terveysterveytkioskien ovat saaneet Päijät- Hämeessä myönteisen vastaanoton: niille annettiin ruusuja 49 vastauksessa. Terveys- kioskia kuvattiin muun muassa ”loistavaksi keksinnöksi”, joka on ”parasta palvelua pitkään aikaan”. Sitä kehitettiin maksuttomuudesta, palvelun nopeudesta ja saavutetta- vuudesta sekä siitä että terveysterveytkioskista saa tarvittaessa lähetteen jatkohoitoon.

Ajanvarausta ja muuta puhelinpalvelua kiitettiin 23 vastauksessa. Päijät-Hämeen kunnissa on pääosin otettu käyttöön takaisinsoittojärjestelmä. Se sai myönteistä palau- tetta, mutta kaikilla alueilla takaisinsoitto ei selvästikään vielä toimi.

Taulukko 7.4. Poimintoja palvelutuottajille annetuista kiitoksista

- ✓ *"Meillä täällä.. terveyspalvelut toimii, niin lääkärin ajat kuin sairaanhoitajan soitot ja käynnit. En ole vielä terveyspalvelujen suurkuluttaja, mutta toimii."*
- ✓ *"Lääkäriin pääsee 3 päivässä. Labraankin suht nopeasti. On pelkkää hyvää sanottavaa."*
- ✓ *"Terveysterveytkioskien ostoskeskuksiin loistava keksintä."*
- ✓ *"Omalääkärijuttu on mahtava!"*
- ✓ *"Päisin heti hammaslääkärille, kun paikka lohkesi."*
- ✓ *"Ajanvaraus, tk soittaa takaisin, ei jonotusta."*
- ✓ *"Vesijumpasta, sitä tekee räjähtäneilläkin nivelillä..."*
- ✓ *"Ikäihmisille suunnatusta edullisesta ja ammattitaitoisesta kuntoliikunnasta, venyttely, kuntosali, uimahalli"*
- ✓ *"Ikäihmisten ja yleensäkin harrastusmahdollisuudet ovat loistavat. Kuten myös paikat/tilat/maastoreitit."*
- ✓ *"Ruusukimpun saa Kotihoidon Päivätoiminta. Siellä saa sekä henkistä että ruumiillista kuntoutusta."*
- ✓ *"Palvelut keskitetty likekkain toisiaan. Kaupat, terveyskeskus, apteekki, virastot ym."*
- ✓ *"Tiet oli talvella hyvin hoidettu ja valot paloivat yölläkin."*
- ✓ *"Sisäinen bussiliikenne kaupungissa."*

Kuviossa 7.4 kuvataan myönteisen palautteen kohdentumista palvelumuodoittain. Pylvään pituus kertoo, kuinka suuri osa myönteistä palautetta antaneista on esittänyt kyseistä palvelua koskevan tai siihen liittyvän maininnan. Lääkäripalveluja kiitti 155 vastaajaa. Ne saivat kuvion muita palveluja enemmän mainintoja etenkin Oiva-kunnissa ja Heinolassa, joka sai myönteistä palautetta omalääkärijärjestelmästä. Oiva-kunnissa kiitosta annettiin kohtalaisen usein myös hammashoitopalveluille.

Vanhuspalveluille antoi kiitosta 80 vastaajaa. Niihin laskettiin varsinaisten vanhuspalvelumainintojen lisäksi kotihoitoa, tukipalveluja, asumispalveluja ja laitoshoidon koskevat maininnat. Jonkin verran muita useammin kiitosmainintoja antoivat Aava-kuntien asukkaat, jotka kiittivät muun muassa kotihoidon päivätoimintaa, ateria-, siivo- ja pyykkipalveluja sekä kotisairaanhoidon.

Liikuntapalveluja koskevaa myönteistä palautetta saatiin 92 vastaajalta. Kehuja tuli useimmin Aava-kuntien alueella, jossa kiitettiin erityisesti ikäihmisille suunnatun ryhmäliikunnan järjestämistä. Ulkoilumahdollisuuksista kiitosta jakoivat eniten lahtelaiset. Uimahalleja, kuntosaleja ja muita liikuntatiloja koskevaa myönteinen palaute tuli pääosin Aava-kunnista ja Heinolasta.

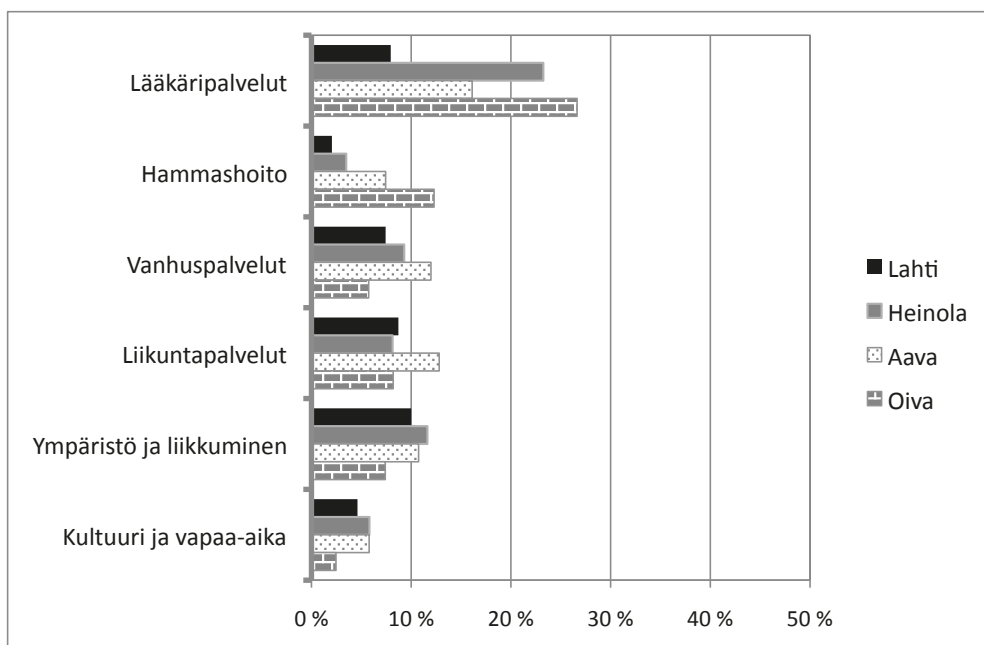
Kulttuuri- ja harrastuspalveluja koskevassa myönteisessä palautteessa (43 mainintaa) kiitettiin lähinnä kirjastoja, kansalaisopistojen koulutustarjontaa sekä teattereita, konsertteja ja näyttelyjä.

Ympäristön hoito sekä asiointi- ja liikenneyhteydet saivat kiitosta 93 vastaajalta. Ruusuja annettiin ympäristön kauneudesta ja siisteydestä, luonnon virkistyskäyttömahdollisuuksista, vesi- ja jätehuollosta ja kierrätyksestä, kaavoituksesta, rakennusluvista ja -valvonnasta, kauppojen, apteekkien, pankkien, postien ja virastojen palveluiden laadusta ja saavutettavuudesta sekä teiden kunnossapidosta, julkisesta liikenteestä, liikenneyhteyksistä ja taksipalveluista.

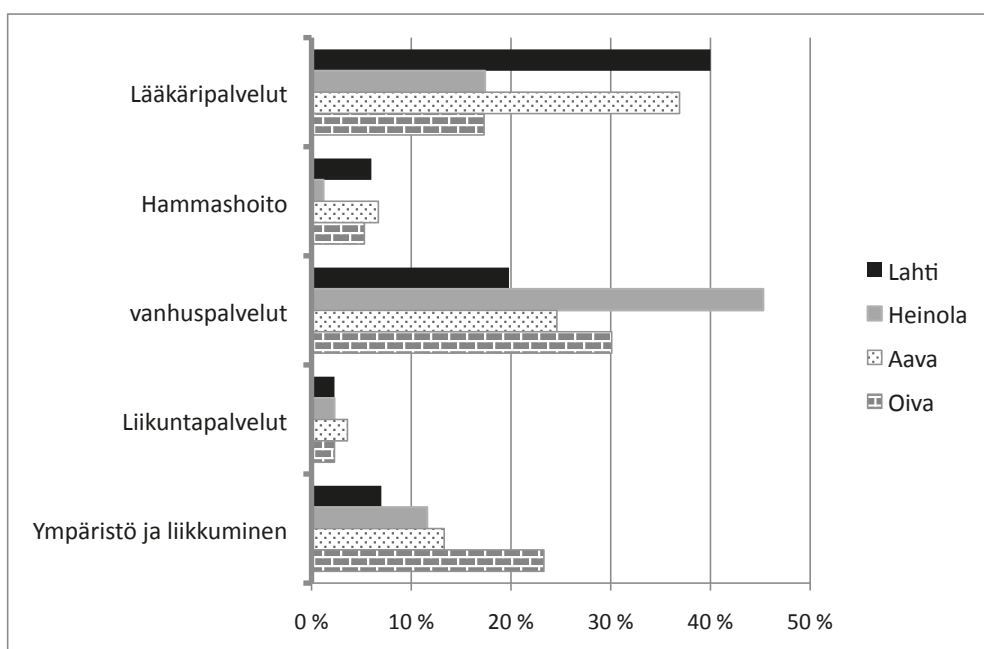
Kritiikin kohteita

Palvelujen riittämättömyyttä kritisoi yhteensä 390 vastaajaa. Niiden huonoa saatavuutta arvosteltiin yleisimmin Lahdessa, jossa vastaanotolle pääsyä kuvattiin mahdottomaksi tai vaikeaksi, lääkärille pääsyä ”lottomoitoiksi”. Palvelujen saavutettavuutta arvosteli 42 vastaajaa. Tällainen kritiikki oli – myönteisen palautteen tavoin – yleisintä Oiva-kunnissa, joissa arvostelua saivat osakseen haja-asutusalueiden huonot joukkoliikennejärjestelyt ja palvelujen keskittyminen kuntakeskuksiin.

Henkilökunnan suhtautumista asiakkaisiin kritisoitiin 110 vastauksessa. Henkilökuntaa moitittiin ylimielisyydestä, vähättelevästä asenteesta, välinpitämättömyydestä, paneutumattomuudesta sekä ammattitaidon ja osaamisen puutteesta. Ulkomaalaistaustaisen henkilökunnan kielitaito oli joidenkin vastaajien mielestä huono. Palveluprosesseja moitittiin byrokraattisiksi ja joustamattomiksi.



Kuvio 7.4. Kotikunnalle tai kunnassa toimivalle palveluntuottajalle ojennetut ruusut alueittain: mainintojen osuus kysymykseen vastanneista



Kuvio 7.5. Kotikunnalle tai kunnassa toimiville palveluntuottajille annettu kielteinen palaute alueittain: mainintojen osuus kysymykseen vastanneista

Vastaanottopalveluja koskevaa kielteistä palautetta annettiin 455 vastauksessa. Niitä arvosteltiin useimmin Lahdessa, jossa erityisesti vastaanottoaikojen huono saatavuus sekä ajanvarauksen toimimattomuus herättävät närää. Ajanvarausta ja muita puhelinpalveluja kritisoitiin kaikkiaan 59 vastaajaa.

Taulukko 7.5. Poimintoja palveluntuottajille annetusta kritiikistä ja ehdotetuista kehittämiskohteista

- ✓ *"Lääkärille/hoitajalle ajan varaaminen. En voi ymmärtää sitä että muutaman päivän soittamisen jälkeen (jos joku vastaa) ilm(oitetaan) lääkäriaikoja 4 viikon kuluttua???"*
- ✓ *"Ajanvaraus pitäisi olla kaikkien saatavilla. Nyt vastataan näppäile numerosi, me soittamme takaisin. Kertaakaan ei ole soitettu. Missä Vika?"*
- ✓ *"Hammaslääkärin palvelut retuperällä. Olen odottanut hampaiden paikkausta jo lähes vuoden.. "*
- ✓ *"Kaipaen sitä aikaa, jolloin potilaalla oli oma lääkäri. Nyt ei koskaan tiedä, kenen luokse joutuu tarvitessani lääkäriä."*
- ✓ *"Sitten kun ei yksin asuminen enää onnistu, näyttää toivottomalta löytää mitään palvelukotipaikkaa."*
- ✓ *"Vanhusten kotihoidon palvelut ovat niille, joilla on varaa maksaa yksityisille palveluntuottajille. Palvelutaloissa kuukausimaksut nousevat vuosittain, sekin on kohta vain rikkaimmille!"*
- ✓ *"Vanhusten kotihoito on laillista 'heitteillejättöä!'"*
- ✓ *"Verotoimisto loppunut. Poliisin palvelut loppumassa..."*
- ✓ *"Kunnan sisäinen liikenne lähes olematon joten haja-asutusalueella on autottoman vaikea asua."*

Palvelumuodoittain tarkasteltuna kunnille annettiin eniten risuja lääkäri- ja vanhuspalveluista (kuva 7.5). *Lääkäripalveluja* arvosteli kaikkiaan 338 vastaajaa. Niitä kritisoivat yleisimmin lahtelaiset, jotka eivät olleet saaneet lääkäriaikoja tai olivat joutuneet jonottamaan niihin pitkään. Omalääkärijärjestelmän puuttumista tai toimimattomuutta harmiteltiin 28 vastauksessa. Esimerkiksi osa Aava-kuntien asukkaista vastasi, että "omalääkärisysteemi ei toimi. Useimmiten eri lääkäri kuin edellisellä kerralla" tai että "olisi palattava omalääkärisysteemiin terveyskeskuksessa."

Vanhuspalveluja kritisoitiin 248 vastaajaa. Niitä arvostelivat yleisimmin heinolalaiset, joiden mielestä muun muassa ikääntyvien ihmisten kotipalvelun ja kotisairaanhoidon saatavuutta tulisi kehittää ja toimintaa tehostaa. Tarvittaisiin myös lisää turvallisia hoitopaikkoja vanhuksille.

Hammashoidon palveluja arvosteltiin varsin vähän; kielteistä palautetta saatiin ainoastaan 55 vastaajalta. Myös liikuntapalvelujen kritiikki oli vähäistä (25 vastaajaa).

Ympäristön hoitoa sekä asiointi- ja liikenneyhteyksiä koskevaa kielteistä palautetta antoi 103 vastaajaa. He olivat tyytymättömiä roskaamisesta ja ilkevästä johtuvaan epäsiisteyteen, keskussairaalan parkkipaikkojen vähäisyyteen, toriparkkisuunnitelmiin, kuntakeskustojen rakentamisen ahtauteen, haja-asutusalueen palveluiden niukkuuteen ja julkisten palvelupisteiden vähentämiseen. Näitä asioita koskevaa kielteistä palautetta annettiin eniten Oiva- ja Aavakuntien alueella.



Kuva: Miika Kainu

8 Koettu hyvinvointi

Ilkka Haapola, Elina Vaara ja Antti Karisto

- ❖ Ihmissuhteita ja terveyttä pidetään tärkeimpinä asioina oman hyvinvoinnin kannalta. Iso merkitys on myös ympäristön kauneudella ja luonnolla, elinympäristön puhtaudella sekä sillä, että elää ympäristössä, jossa tuntee olevansa kotonaan.
- ❖ Elämään tyytyväisyys on lisääntynyt, ja arkielämän pienet asiat ovat ilonaiheita etenkin naisille.
- ❖ Oman vanhenemisen kanssa ollaan yleensä sujut, ja etenkin miehet kokevat vanhenemisen vaikeaksi harvemmin kuin kymmenen vuotta aikaisemmin. Myös turvatomuuden kokemukset ovat käyneet harvinaisemmiksi.

Mitä pidetään tärkeänä

Hyvinvointia on Ikihyvä-tutkimuksessa kartoitettu vuodesta 2005 lähtien pitkän, noin 30-osaisen kysymyssarjan avulla, joka kehitettiin Päijät-Hämeen alueelliseen hyvinvointibarometriin ja jonka hyvinvointiteoreettisia perusteita on esitelty toisaalla (Karisto 2003 ja 2004). Vastaajat ovat saaneet ottaa kantaa siinä lueteltuihin asioihin ja elämänalueisiin kahdesta eri näkökulmasta: heitä on pyydetty toisaalta miettimään niiden merkitystä omalle hyvinvoinnilleen viisiportaista asteikkoa käyttäen ja toisaalta arvioimaan omaa tilannettaan niiden suhteen kouluarvosanoin. Kysymyssarjaa ei esitetty vielä vuonna 2002, joten seuraavassa tarkastellaan vain vuoden 2012 tilannetta seuranta-tutkimukseen osallistuneiden vastausten perusteella.

Hyvinvointia koskevien arvostusten tarkastelu voidaan aloittaa taulukosta 8.1, josta selviää vastaajien keskimääräinen näkemys hyvinvoinnin kannalta viidestä tärkeimmästä ja viidestä vähiten tärkeästä asiasta. Sen mukaan viiden tärkeimmän asian joukkoon kuuluvat terveys, suhteet perheenjäseniin, fyysinen kunto, mahdollisuus elää ympäristössä jossa tuntee olevansa kotonaan sekä luonto ja mahdollisuus liikkua luonnossa. Vähintään 80 prosenttia vastaajista katsoo, että niillä on suuri tai erittäin suuri merkitys hyvinvoinnille. Vähiten tärkeitä oman hyvinvoinnin kannalta ovat puolestaan osallistuminen järjestö- ja asukastoimintaan, mahdollisuus vaikuttaa asuinpaikan ja asuinseudun asioihin, auttaminen ja vapaaehtoistoiminta, kulttuuriharrastukset sekä uskonnollisuus. Toisaalta, vaikka nämä asiat eivät keskimäärin ottaen ole vastaajille tärkeitä, silti esimerkiksi uskonnolla on erittäin suuri tai suuri merkitys 29 prosentille vastaajista.

Eri ikäryhmien ja niin miesten kuin naisten näkemykset tärkeimmistä ja vähiten tärkeistä asioista olivat likipitään yhdenmukaiset. Oikeastaan vain vanhimman ikäryhmän naisten näkemykset poikkesivat hieman muista siinä, että palvelujen läheisyys kuului heillä viiden tärkeimmän asian joukkoon, kun taas luonto ja mahdollisuus liikkua luonnossa ei ollut heille niin tärkeä kuin muille ikäryhmille tai miehille. Lisäksi mahdollisuus opiskella ja oppia uusia asioita putosi tämän ikäryhmän naisilla viiden vähiten tärkeimmän asian joukkoon, kun sillä oli 60-vuotiaille naisille vielä kohtalainen merkitys.

Taulukko 8.1. Oman hyvinvoinnin kannalta tärkeimpinä ja vähiten tärkeinä pidetyt asiat. Merkitysarvioiden keskiarvot sekä niiden vastaajien osuudet, joiden mielestä asialla on suuri tai erittäin suuri merkitys hyvinvoinnille. (Kaikki ikäryhmät yhteensä)

	Keskiarvo	"suuri" tai "erittäin suuri" -vastausten osuus, %
<i>Tärkeimmät</i>		
Terveys	4,6	95
Suhteet perheenjäseniin	4,5	93
Fyysinen kunto	4,3	89
Mahdollisuus elää ympäristössä jossa tuntee olevansa kotonaan	4,3	89
Luonto ja mahdollisuus liikkua luonnossa	4,1	80
<i>Vähiten tärkeät</i>		
Uskonollisuus	2,9	29
Kulttuuriharrastukset	2,9	25
Auttaminen ja vapaaehtoistoiminta	2,7	17
Mahdollisuus vaikuttaa asuinalueen/-seudun asioihin	2,7	15
Osallistuminen järjestö- ja asukastoimintaan	2,5	13

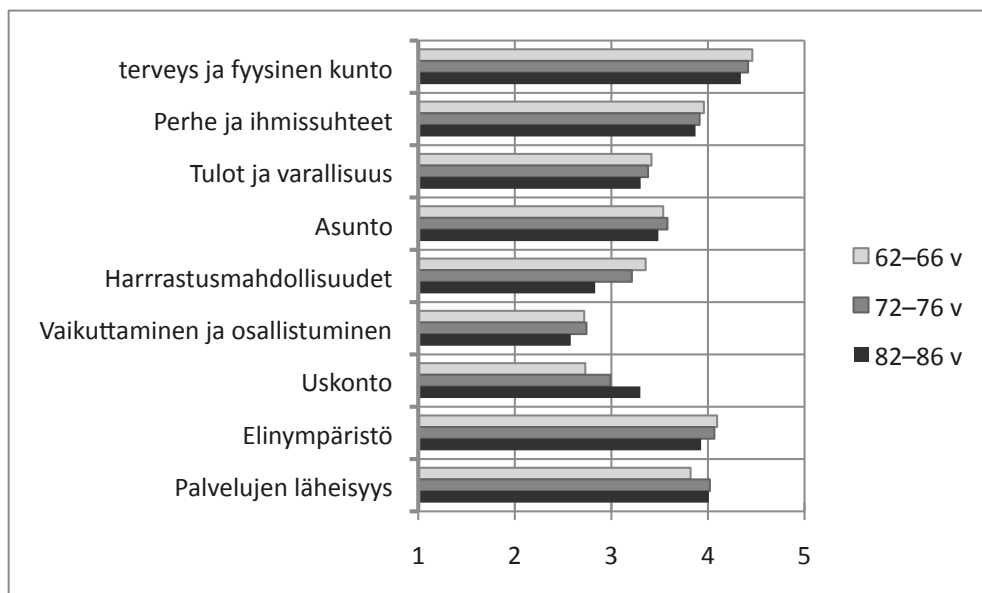
Kysymyssarjan yksittäisten osioiden määrä on liian suuri yksityiskohtaisesti tarkasteltavaksi. Sen vuoksi pääosa sen sisällöstä tiivistettiin seitsemään summamuuttujaan, jotka kuvaavat eri elämänalueita tai hyvinvoinnin osa-alueita (kuvio 8.1).

Terveyttä (ja fyysistä kuntoa), *tuloja ja varallisuutta* sekä *asuntoa* kuvaavat summamuuttajat ovat kaikki kahdesta eri osiosta laskettuja keskiarvoja. Erik Allardtin (1976) esittämässä hyvinvointikäsitteistössä ne edustavat elintason (having) ulottuvuudelle kuuluvia henkilökohtaisia resursseja. Mikään niistä ei ole elämän päämäärä siinänsä vaan ne ovat enemmänkin välineitä eli resursseja hyvinvoinnin saavuttamiselle. *Perhe ja ihmissuhteet* -summamuuttaja, joka Allardtin luokittelussa edustaa yhteisyyssuhteita (loving), koostuu perhe-, sukulais- ja naapurisuhteille ja luottamuksellisille ihmissuhteille annettujen arvioiden keskiarvoista. *Harrastusmahdollisuudet* on keskiarvo neljästä osiosta (mahdollisuus matkustella, harrastaa liikuntaa ja opiskella sekä kulttuuriharrastukset), ja kuuluu itsensä toteuttamisen ja tekemisen (being) ulottuvuudel-

le. Samalle ulottuvuudelle sijoittuu myös paikallinen *osallistuminen ja vaikuttaminen*, joskin siihen sisältyy häivähdys yhteisyyssuhteitakin (paikallisyhteisyyttä). Tämä summamuuttuja koostuu seuraavista osioista: osallistuminen järjestö- tai asukastoimintaan, auttaminen ja vapaaehtoistoiminta, mahdollisuus vaikuttaa asuinalueen tai asuinseudun asioihin sekä kuuluminen johonkin yhteisöön. *Elinympäristöä* kuvaava summamuuttuja koostuu myös neljästä osiosta: asuinympäristön kauneus, luonto ja mahdollisuus liikua luonnossa, elinympäristön puhtaus sekä mahdollisuus elää ympäristössä jossa tuntee olevansa kotonaan.

Näiden summamuuttujien ohella kuviossa on mukana kaksi yksittäistä osiota. *Palvelujen läheisyys* on periaatteessa osa elinympäristöä, mutta sitä tarkastellaan itsenäisenä osatekijänä sen vuoksi, että se on niin tärkeä vanhoille ihmisille. *Uskonnollisuus* on puolestaan lähellä osallistuminen ja vaikuttaminen -summamuuttujaa, sillä uskontoa tärkeänä pitävät arvostavat usein myös kuulumista johonkin yhteisöön, muiden auttamista ja vapaaehtoistoimintaa sekä järjestö- ja asukastoimintaan osallistumista. Koska uskonnollisuus on kuitenkin asia sinänsä ja sitä koskevien arvostusten ikäryhmittäiseen vaihteluun sisältyy omintakeisia piirteitä, sitä tarkastellaan erikseen.

Edellä kuvatuista elämänalueista hyvinvoinnin kannalta tärkeimpinä pidetään terveyttä ja fyysistä kuntoa, perhettä ja muita ihmissuhteita, elinympäristöä ja palvelujen läheisyyttä (kuvio 8.1). Tuloilla ja varallisuudella sekä asunnolla on myös vähintään kohtalainen merkitys. Kaikkein pienimmän keskiarvon saa vaikuttamista ja osallistumista kuvaava summamuuttuja. Erilaisista yhteisöllisen toiminnan muodoista haetaan siis hyvinvointia melko harvoin.



Kuvio 8.1 Eri elämänalueiden merkitys omalle hyvinvoinnille ikäryhmittäin asteikolla 1–5 (1 = ei lainkaan merkitystä, 5 = erittäin suuri merkitys)

Eri ikäryhmien arviot kuviossa 8.1 esitettyjen alueiden tärkeydestä hyvinvoinnille eivät yleisesti ottaen eroa kovin paljon toisistaan. Poikkeuksen tekevät kuitenkin harrastusmahdollisuudet, joiden merkitys on selvästi vähäisin vanhimmassa ikäryhmässä, sekä uskonnollisuus, jonka arvo taas kasvaa iän myötä niin naisilla kuin miehillä.

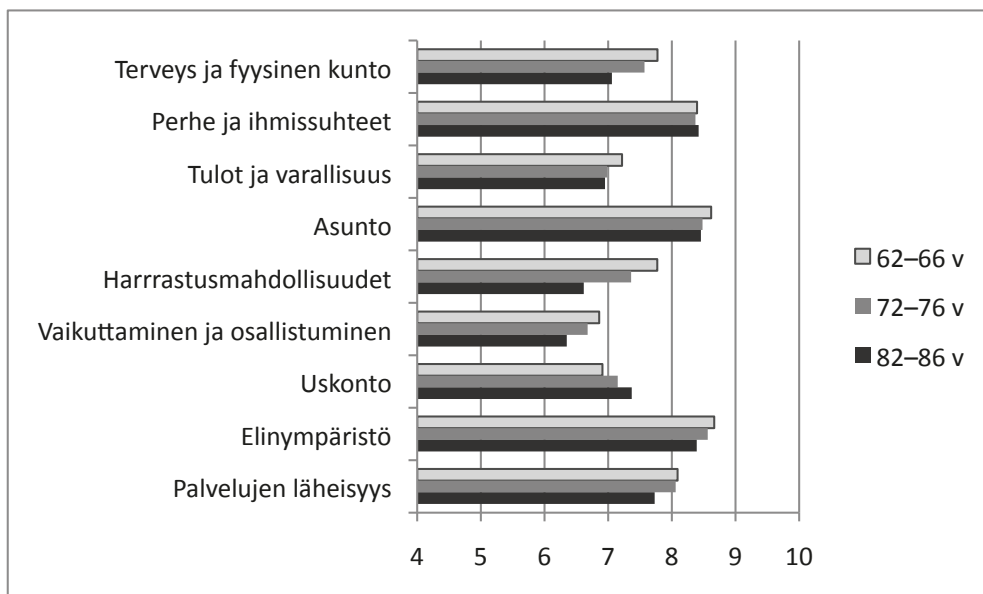
Nuorimman ikäryhmän miehet antavat kaikille osa-alueille jonkin verran pienemmän merkityksen kuin samanikäiset naiset. Sukupuolen mukaisessa vertailussa kiinnostavat kuitenkin eniten huomiota eri-ikäisten naisten väliset erot. 82–86-vuotiaat naiset pitävät lähes kaikkia osa-alueita – uskonnollisuutta ja palvelujen läheisyyttä lukuun ottamatta – vähemmän merkityksellisinä omalle hyvinvoinnilleen kuin nuoremmat naiset. Ero on suurin harrastusmahdollisuuksissa, joille vanhimman ikäryhmän naiset antavat selvästi pienemmän merkityksen (2,6) kuin muut naiset ja samanikäiset miehet. Miehillä ikäryhmien väliset erot ovat sen sijaan pieniä. Heilläkin tosin uskonnollisuuden ja palvelujen läheisyyden merkitys korostuu siirryttäessä nuorimmasta vanhimpaan ikäryhmään.

Oma tilanne hyvinvoinnin eri osa-alueilla

Merkitysarvion ohella vastaajia pyydettiin arvioimaan myös omaa tilannettaan kaikkien kysymyssarjassa mainittujen asioiden suhteen. Vastauksista laskettiin edellä kuvatuille seitsemälle hyvinvoinnin osa-alueelle keskiarvosummamuuttujat, joita tarkastellaan ikäryhmittäin kuviossa 8.2. Siitä nähdään, että vastaajat ovat varsin tyytyväisiä ihmissuhteisiinsa, asumisoloihinsa ja elinympäristöönsä. Niille annettujen kouluarvosanojen keskiarvot nousevat 8,5:n tasolle, eikä ikäryhmittäisiä eroja paljonkaan ole. Myös palvelujen läheisyydelle annettu arvosana nousee kahdessa nuoremmassa ikäryhmässä lievästi kahdeksaa suuremmaksi, mutta jää vanhimmassa ikäryhmässä 7,7:ään.

Terveys ja fyysinen kunto -muuttuja on selvästi yhteydessä ikään: kun nuorin ikäryhmä antaa omalle kunnolleen tyydyttävän arvosanan (7,8), niin vanhimmassa ikäryhmässä se on välttävä (7,1). Ikäryhmien väliset erot ovat vielä suuremmat harrastusmahdollisuuksissa. Kun kuusikymppiset ovat niihin vielä verraten tyytyväisiä (7,8), niin vanhimman ikäryhmän antama arvosana jää 6,6:een. Vielä huonompi on tilanne paikallisessa vaikuttamisessa ja osallistumisessa: tämän osa-alueen keskiarvo jää kaikissa ikäryhmissä alle seitsemän. Tuloille ja varallisuudelle annetaan kaikissa ikäryhmissä arvosanaksi noin seitsemän, nuorimmassa ikäryhmässä tosin hieman sen yli (7,2). Uskonnollisuus on tarkastelluista elämänalueista ainoa, jolla koetun hyvinvoinnin tasoa koskeva arvosana on korkein vanhimmassa ikäryhmässä.

Miesten ja naisten arviot vaihtelevat ikäryhmittäin siten, että nuorimman ikäryhmän naiset ovat omaan tilanteeseensa miehiä tyytyväisempiä palvelujen läheisyyttä lukuun ottamatta kaikilla ulottuvuuksilla. Sen sijaan kahdessa muussa ikäryhmässä sukupuolten välillä ei ole suurta eroa lukuun ottamatta uskonnollisuudelle annettuja arvosanoja. Ero kaventuu pääosin sen vuoksi, että naisten arvosanat laskevat iän myötä, kun taas miehillä ne pysyvät ennallaan. Tämä kertonee ikääntyvien naisten elämänpiirin kaventumisesta (ks. Koskimäki 2011). Kuten sanottu uskonnollisuus on ainoa elämänalue, jonka arvosana on paras vanhimmassa ikäryhmässä, niin naisilla kuin miehilläkin.

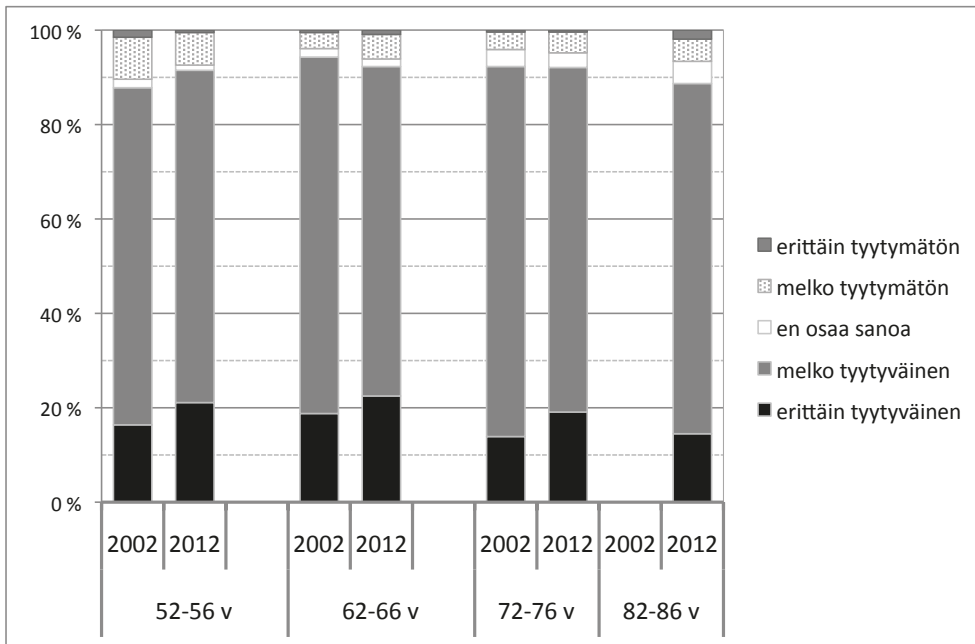


Kuvio 8.2. Omalle tilanteelle eri elämäntilanteilla annettu kouluarvosana (4–10) ikäryhmittäin

Kun edellä esitettyjä arvioita tarkastellaan rinnakkain, havaitaan että vastaajilla on taipumus arvioida sellaiset hyvinvoinnin osa-alueet vähemmän merkityksellisiksi, joilla heidän oma tilanteensa ei ole kovin hyvä. Tämä voi tarkoittaa sitä, että enemmän tai vähemmän ongelmalliseen elämäntilanteeseen on sopeuduttu ja saavuttamattomien asioiden merkitystä vähätellään. Tämä ei kuitenkaan päde kaikilla hyvinvoinnin osa-alueilla. Esimerkiksi terveyden arvostus säilyy, vaikka oma kunto jo heikkeneekin.

Tyytyväisyys, ilonaiheet ja vanhenemisen kokemukset

Koettua hyvinvointia on vuodesta 2002 alkaen selvitetty myös yleisellä elämän tyytyväisyyttä koskevalla kysymyksellä. Sen mukaan vastaajien tyytyväisyys elämäänsä on kymmenessä vuodessa lisääntynyt (kuvio 8.3). Muutoksia on tapahtunut etenkin naisten keskuudessa. Vuonna 2002 tasan viidesosa 62–66-vuotiaista naisista oli elämäänsä erittäin tyytyväisiä, mutta vuonna 2012 erittäin tyytyväisiä on jo neljäsosa (26 %). Tämänikäisten miesten keskuudessa vastaavaa muutosta ei ole tapahtunut. Sen sijaan 72–76-vuotiaissa miehistä elämäänsä erittäin tyytyväisten osuus on hieman kasvanut, niin kuin myös naisissa.



Kuvio 8.3. Tyytyväisyys elämään yleisesti ottaen

Tyytyväisyyttä kysyttiin myös toisella tavalla. Vastaajia pyydettiin ajattelevaan aikaa neljä vuotta sitten ja vertaamaan sitä nykyiseen elämäänsä; sitten kysyttiin, ovatko he nyt tyytyväisempiä vai tyytymättömpiä vai onko niin, että tyytyväisyydessä ei ole tapahtunut suurempia muutoksia. Useimmilla muutoksia ei ollut tapahtunut, mutta muutoksia havainneissa kuusikymppisissä oli vuonna 2012 enemmän niitä, jotka olivat tyytyväisempiä nykyiseen kuin neljän vuoden takaiseen elämäänsä (taulukko 8.2). Seitsemänkymppisissä ja kahdeksänkymppisissä taas on enemmän niitä, jotka ovat tyytymättömpiä nykyelämäänsä kuin muutaman vuoden takaiseen tilanteeseensa, joskin selvästi yleisin vastaus heilläkin on, että tyytyväisyydessä ei ollut tapahtunut olennaisia muutoksia.

Taulukko 8.2. Muutos elämään tyytyväisyydessä: tyytyväisyys elämään vuonna 2012 verrattuna tilanteeseen neljä vuotta aikaisemmin (%)

	52–56 v	62–66 v	72–76 v	82–86 v
Tyytyväisempi	36	26	10	7
Tyytymättömpi	12	9	14	21

Ikihyvä-vastaajien psyykkinen hyvinvointi, jota mitattiin RAND-36 -kysymyssarjan avulla, on keskimäärin kohtalaisella tasolla. Se on parhaimmillaan kuusi- ja seitsemänkymmentävuotiailla eli varhaisessa vanhuuseläkeiässä, mutta vanhemmissa ikäryh-

mässä se on jo heikompi. Muutoksia eri ikäryhmien keskimääräisessä tilanteessa ei ole kymmenessä vuodessa juuri tapahtunut. Ainoastaan kuusikymppisillä naisilla psyykinen hyvinvointi on nyt hieman parempi kuin se oli samanikäisillä vuonna 2002.

Koska hyvinvointi ei aina ole jotakin suurta ja juhlallista, vastaajilta kysyttiin sitäkin, ovatko arkipäivän pienet asiat heidän ilonaiheitaan. Etenkin naisilla ne ovat: esimerkiksi kuusikymppisistä naisista 82 prosentille arkipäivän pienet asiat ovat ”suuri ilonaihe” ja lähes kaikille muille ”pienempi ilonaihe”. Miehillä tällainen ”pieni hyvinvointi” (Karisto ym. 1998, 378–379) merkitsee vähemmän tai he ovat huonompia ottamaan sitä arjesta irti: arkipäivän pienet asiat ovat suuri ilonaihe vain joka toiselle 62–66-vuotiaalle miehelle, ja tämänikäisissä miehistä on seitsemän prosenttia sellaisia, joiden arkielämä on tässä suhteessa suorastaan ilotonta.

Taulukko 8.3. Vanhenemisen vaikeus: niiden vastaajien prosenttiosuus, jotka ovat täysin tai osittain sitä mieltä, että ”vanheneminen on minulle vaikeaa” (%)

	vuosi	62–66 v.	72–76 v.
Miehet	2002	30	36
	2012	21	26
Naiset	2002	30	33
	2012	26	32

Vanhenemisen kokemuksia on luotailtu Ikihyvän kyselylomakkeissa monilla tavoilla. Vastaajilta on esimerkiksi kysytty suoraan, onko vanheneminen heille vaikeaa. Taulukon 8.3 mukaan tällaisissa tuntemuksissa ei vuonna 2002 ollut sukupuolten välisiä eroja, mutta kymmenen vuotta myöhemmin niitä oli. Tämä johtuu siitä, että miesten kokemukset ovat muuttuneet myönteiseen suuntaan: entistä harvemmälle miehelle vanheneminen on vaikeaa. Vielä harvemmat vastaajat ovat sitä mieltä, että ”eläkeiässä aika käy pitkäksi” tai että ”elämästä puuttuu nykyisin ilo”.

Oman vanhenemisen kanssa ollaan siis yleensä sujut. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että nykyisen elämänvaiheen tai vanhuuden suhteen vaalittaisiin välttämättä suurempia illuusioita. Pyydettyäessä kannanottoja väittämään ”olen nykyisin onnellisempi kuin nuorena” samaa mieltä olevia oli hieman vähemmän kuin eri mieltä olevia. Niiden osuus, jotka ovat täysin sitä mieltä, että ”eläkeikä on parasta aikaa” on itse asiassa pienentynyt vuosina 2002–2012. Omiin mahdollisuuksiin kuitenkin luotetaan: noin neljä viidestä on sitä mieltä, että ”tässä iässä on mahdollista tehdä mitä itse haluan”.

Kirjallisuus

Allardt Erik (1976) Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Porvoo – Helsinki: WSOY.

Armi Franca, Guilley Edith and Lalive d'Epinay Christian J. (2008) The interface between formal and informal support in advanced old age: a ten-year study. *International Journal of Ageing and Later Life* 3(1): 5-19.

Aromaa Arpo, Huttunen Jussi, Koskinen Seppo ja Teperi Juha (2005) Suomalaisten terveys. Duodecim, Terveyskirjasto. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00067&p_haku=suo00067.

Blom-Lange Marja (1999) Kuolleisuus, sairastavuus ja sosioekonomisen tekijät Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin kunnissa, Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirissä ja suurissa kaupungeissa. Lahti: Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin julkaisuja A4.

Bolin Kristian, Lindgren Björn and Lundborg Petter (2007) Informal and formal care among single-living elderly in Europe. *Health Enon*. Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). DOI: 10.1002/hec 1275.

Elder Glen H Jr and Kirkpatrick Johnson Monica (2003) The life course and aging. Challenges, lessons and new directions. Teoksessa Settersten Richard A (ed.) *Invitation to the life course. Toward new understanding of later life*. Amityville, NY: Baywood, 49–81.

Fogelholm M ja Heinonen M (2012) Onko kesän lihagrillaus terveysriski? *Duodecim* 128 (13):1388–91.

Fogelholm Mikael, Valve Raisa, Absetz Pilvikki et al. (2006) Rural-urban differences in health and health behaviour: a baseline description of a community health-promotion program for the elderly. *Scandinavian Journal of Public Health* 34, 632–640.

Giele Janet Z and Elder Glen H (1998) *Methods of life course research. Qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Haapola Ilkka, Fogelholm Mikael, Heinonen Heikki ym. (2009) Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimus: Perusraportti 2008, Lahti: Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän julkaisuja 70.

Harmokivi Paula ja Rantala Matti (toim.) (2008) Päijät-Hämeen terveystoimintastrategia 2009–2020. Päijät-Hämeen palvelurakennemuutos -projekti. Päijät-Hämeen liitto A174.

Helakorpi Satu, Holstila Anna-Leena, Virtanen Suvi ja Uutela Antti (2012) Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2011. Tampere: Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 45.

Herlofson Katharina, Hagestad Gunhild O. (2011) Challenges in moving from macro to micro. Population and family structures in ageing societies. *Demographic Research*, 25 (10): 337–370.

Holstila Anna-Leena, Helakorpi Satu ja Uutela Antti (2012) Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keuhkokuumeella 2011 ja niiden muutokset 1993–2011. Tampere: Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 56.

Ikäihmisten palveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2008:3.

Intosalmi Hennariikka, Nykänen Jaana ja Stenberg Lea (2013) Teknologian käyttö ja asenteet 75–89-vuotiailla. Raportti kyselytutkimuksesta. KÄKÄTE-projekti. Helsinki: Vanhustyön Keskusliitto & Vanhus- ja vähimmäispalvelun liitto ry.

Johansson Lennarth, Sundström Gerdt and Hassing Linda B (2003) State provision down, offspring's up: the reverse substitution of old-age care in Sweden. *Ageing & Society* 23, 269–280.

Jyrkämä Jyrki (1995) "Rauhaisesti alas illan lepoon?" Tutkimus vanhenemisen sosiaalisuudesta neljässä paikallisyhteisössä. *Acta Universitatis Tamperensis A*: 449.

Kaakinen Juha ja Törmä Sinikka (1999) Esiselvitys geronteknologiasta. Ikääntyvä väestö ja teknologian mahdollisuudet. Tulevaisuusvaliokunnan teknologiajaosto. Eduskunnan kanslian julkaisuja 2.

Karisto Antti (2003) Kohti hyvinvoinnin kokonaistarkastelua. Teoksessa Hirvonen Johanna, Konttinen Riikka, Haapola Ilkka ja Karisto Antti. Alueellinen hyvinvointibarometri. Lahti: Teknillinen korkeakoulu, Lahden keskus, 160–176.

Karisto, Antti (2004) Maakuntasarjan hyvinvointivertailuja. Teoksessa Alapuro Risto ja Arminen Ilkka (toim.) Vertailevan tutkimuksen ulottuvuuksia. WSOY, Helsinki, 217–231.

Karisto Antti (2008) Satumaa. Suomalaiseläkeläiset Espanjan Aurinkorannikolla. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

Karisto Antti (2012) Sukupolvien yhteydet. Teoksessa Helne Tuula ja Silvasti Tiina (toim.) Yhteyksien kirja. Etappeja ekososiaalisen hyvinvoinnin polulla. Kelan tutkimusosasto, 222–234.

Karisto Antti ja Haapola Ilkka (2013) Generations in ageing Finland: Finding your place in the demographic structure. Teoksessa Komp Kathrin and Johansson Stina (eds.) Lifecourse perspective on ageing populations: A critical and international approach. The Policy Press (ilmestyy).

Karisto Antti, Haapola Ilkka and Seppänen Marjaana (2010) Well-being of Old People. Is It Different? 20th Nordic Congress of Gerontology. Reykjavik, 30.5. – 2.6. 2010.

Karisto Antti ja Konttinen Riikka (2004) Kotikatua, kotiruokaa, kaukomatkailua. Tutkimus ikääntyvien elämäntyyleistä. Helsinki: Palmenia-Kustannus.

Karisto Antti, Nummela Olli, Konttinen Riikka ym. (2003) Ikääntyvä Päijät-Häme. Kuntien hyvinvointiraportti. Helsingin yliopiston tutkimus- ja koulutuskeskus Palmenian raportteja ja selvityksiä 41.

Karisto Antti, Takala Pentti ja Haapola Ilkka (1998) Matkalla nykyaikaan. Elintason, elämäntavan ja sosiaalipolitiikan muutos Suomessa. Helsinki: WSOY

Karisto Antti ja Tuominen Martti (1993) Kirjoituksia kaupunkipeloista. Helsingin kaupungin tietokeskuksen tutkimuksia 1993:8.

Karisto Antti (2004) Maakuntasarjan hyvinvointivertailuja. Teoksessa Alapuro Risto ja Arminen Ilkka (toim.) Vertailevan tutkimuksen ulottuvuuksia. Helsinki: WSOY, 217–231.

Kleemola Anniina, Laurila Päivi, Harmokivi-Saloranta Paula ja Tiihonen Arto (2012) Kimppakyytejä ja vertaisohjaajia – Ikääntyneiden terveysliikkujaunelmilla kehitetään Padasjoen syrjäkyläliikuntapalveluita. Teoksessa Harmokivi-Saloranta Paula (toim.) Terveysliikkujien tarinoita Päijät-Hämeen terveysliikunnan Living Lab – Terveysliikkujan ääni. Lahden ammattikorkeakoulun julkaisu C 96, 75–80.

Kork Anna-Aurora, Kivimäki Riikka, Rimpelä Arja ja Vakkuri Jarmo (2012) Matalan kynnyksen sairaanhoitajavastaanotto: perusterveydenhuollon palvelua kauppakeskuksessa. Lahden terveystioskin loppuarviointi. Helsinki: Sitran selvityksiä 66. (<http://www.sitra.fi/julkaisut/Selvityksi%C3%A4-sarja/Selvityksia66.pdf>)

Koskimäki Tiina (2009) Lesken elämänpiiri. Lahti: Päijät-Hämeen ja Itä-Uudenmaan sosiaalialan osaamiskeskus Verso.

Kröger Teppo (2005) Interplay between formal and informal care for older people: the state of the Nordic research. Teoksessa Szebehely Marta (toim.) Äldreomsorgs-forskning i Norden. En kunskapsöversikt. Copenhagen: Nordic Council of Ministers, 243-280.

Kuusi Osmo (2001) Ikääntyneiden itsenäistä selviytymistä tukeva tulevaisuuspolitiikka ja geronteknologia. Tulevaisuusvaliokunta, Teknologian arviointeja 9, Eduskunnan kanslian julkaisu 7.

Laiho Maija (2011) Tietokone ikäihmisen arjessa. Sosiaalipolitiikan lisensiaatin-tutkimus, Helsingin yliopisto.

Lynch Scott M and Brown J Scott (2011) Stratification and inequality over the life course. Teoksessa Binstock Robert H and George Lind K (eds.): Handbook of Aging and the Social Sciences. London – Burlington, MA – San Diego, CA, Academic Press, Elsevier Inc, 105-117.

Markkanen Aapeli, Markkanen Eveliina ja Tiihonen Arto (2012) Liikuntaseteleitä, liikuntavastaava ja ikääntyville oma liikunnan teemapuisto – Lahden kaupungin eläköityvien hoivatyöntekijöiden liikunnan harrastaminen ja liikunnan tukemisen mahdollisuudet. Teoksessa Harmokivi-Saloranta Paula (toim.) Terveysliikkujien tarinoita Päijät-Hämeen terveystiikunnan Living Lab – Terveystiikkujan ääni. Lahden ammattikorkeakoulun julkaisu C 96, 65–69.

Mensink RP, Zock PL, Kester AD and Katan MB (2003) Effects of dietary fatty acids and carbohydrates on the ratio of serum total to HDL cholesterol and on serum lipids and apolipoproteins: a meta-analysis of 60 controlled trials. Am J Clin Nutr. 77(5):1146-55.

Nummela Olli, Sulander Tommi, Helakorpi Satu ym. (2011) Register-based data indicated nonparticipation bias in a health study among aging people. Journal of Clinical Epidemiology 64(12):1418-25. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21764556>)

Oksa Jukka (2012) Haave koko kansan tietoyhteiskunnasta. Teoksessa Mikkola Kati, Karisto Antti, Niskanen Riitta ja Oksa Jukka (toim.) Toteutumattomat tulevaisuudet. Päijät-Hämeen tutkimusseuran vuosikirja 2012. Lahti: Päijät-Hämeen tutkimusseura, 112–123.

Oldenburg Brian, Absetz Pilvikki, Dunbar James A, Reddy Prasuna and O’Neil Adrienne (2011) The spread and uptake of diabetes prevention programs around the world: a case study from Finland and Australia. TBM 2011;1:270–282. (doi: 10.1007/s13142-011-0046-y)

Pajunen Elisa (2011) Mitä on olla yksinäinen? Tutkimus ikääntyneiden yksinäisyydestä. Pro gradu –tutkielma, Helsingin yliopisto.

Peace Sheila, Holland Caroline and Kellaher Leonie (2006) Growing Older. Environment and Identity in Later Life. Maidenhead: Open University Press.

PHSOTEY (2013) Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Järjestämissuunnitelma 2014–2017 (luonnos).

Raappana Anu ja Helinä Melkas (2009) Teknologian hallittu käyttö vanhuspalveluissa. Opas teknologiapäätösten ja teknologian käytön tueksi. Lappeenrannan teknillinen yliopisto, Lahti School of Innovation.

Saari Juho (2010) Yksinäisten yhteiskunta. Helsinki: WSOY.

Sherbourne Cathy Donald and Steward Anita L (1991) The MOS social support survey. Social Science & Medicine 32 (6), 705–714.

Smith Paul, Lynn Peter and Elliot Dave (2009) Sample design for longitudinal surveys. Teoksessa Lynn Peter (ed.) Methodology of longitudinal surveys. Chichester, UK: John Wiley & Sons, 21–33.

STM (2012) Terveys 2015 -kansanterveysohjelman väliarviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiota 2012:4.

STM (2013) Kunta- ja palvelurakenneuudistus (PARAS) http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/palvelurakenneuudistus/paras

Sturgis Patrick, Allum Nick and Brunton-Smith (2009) Attitudes over time: the psychology of panel conditioning. Teoksessa Lynn Peter (ed.) Methodology of longitudinal surveys. Chichester, UK: John Wiley & Sons, 113–126.

Tedre Silva ja Pulkkinen Anneli (2011) Kulkeminen avaimena ikääntyvien maalla asumisen mahdollisuuksiin. *Yhteiskuntapolitiikka* 76 (3): 300–308.

Tiikkainen Pirjo (2006) Vanhuusiän yksinäisyys. Seuruututkimus emotionaalista ja sosiaalista yksinäisyyttä määrittävistä tekijöistä. *Studies in sport, physical education and health* 114. Jyväskylän yliopisto.

Turunen AW, Männistö S, Suominen AL, Tiittanen P and Verkasalo PK (2011) Fish consumption in relation to other foods in the diet. *Br J Nutr.* 106(10):1570-80.

Uhrig SC Noah (2012) Understanding panel conditioning: an examination of social desirability bias in selfreported height and weight in panel surveys using experimental data. *Longitudinal and Life Course Studies* 3, 120–136.

UusiKunta -selvitys (2010). Päijät-Hämeen liitto.

http://www.paijat-hame.fi/fi/tehtavat/yhteistyo_ja_edunvalvonta/paijat-hameen_kuntayhteistyo/uusikunta_-selvitys_2010.

Vaara Elina (2013) Aineistokuvaus: otanta, edustavuus ja kato. (Julkaisematon työpaperi)

Valve Raisa, Absetz Pilvikki, Fogelholm Mikael ym. (2003) Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimus: Perusraportti 2002. Lahti: Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin julkaisuja A 12.

Victor Christina, Scambler Sasha and Bond John (2009) *The Social World of Old People. Understanding Loneliness and Social Isolation in Later Life.* Berkshire: Open University Press.

Viestintävirasto (2012) Kotitalouksien internetyhteydet. Markkinakatsaus 1. http://www.ficora.fi/attachments/suomimq/65H1aJmvo/Markkinakatsaus_1_2012.pdf

VM (2013). Kunta- palvelurakenneuudistus.

(https://www.vm.fi/vm/fi/05_hankkeet/025_uusi_paras/index.jsp)

VNP (2001) Valtioneuvoston periaatepätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4.

(http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-6214.pdf)

Vuorinen Leena (2009) Ikääntyminen maalaiskylässä. Lahti: Päijät-Hämeen ja Itä-Uudenmaan sosiaalialan osaamiskeskus Verso.

Yang Yang (2011) Aging, cohort and methods. Teoksessa Binstock Robert H and George Lind K (eds.): Handbook of Aging and the Social Sciences. London – Burlington, MA – San Diego, CA, Academic Press, Elsevier Inc.; 17–30.

Lait ja asetukset

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012 (voimassa 1.7.2013 alkaen).
(<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>)

Terveystenhuoltolaki 1326/2010. (<http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2010/20101326>).

Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 1019/2004.
(<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20041019>).

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän julkaisusarjassa ilmestyneet

1. Katz P, Teirilä I, Blom M. Leikkaushaavatulehdusvaaraa ennustavat tekijät. A 1. 1996. 89 s.
2. Suunnitelma Lahden kaupunginsairaalan erikoissairaanhoidon yhdistämisestä Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin toiminnaksi. Loppuraportti. C 1. 1996. 20 s.
3. Lehtoranta M, Leivo T. Hoitoisuusluokituksen testaaminen Päijät-Hämeen keskussairaalassa. B 1. 1996. 44 s.
4. Anttila S. ”...kyllä se mun mielestä oli ihan hyvää hoitoa...” – perheen kokemuksia valmistautumisesta päiväkirurgiseen toimenpiteeseen. B 2. 1996. 75 s.
5. Iitin kunnan kuntaprofiiliprojekti. Työryhmän raportti. C 2. 1997. 45 s.
6. Lahden kaupungin kuntaprofiiliprojekti. Loppuraportti. C 3. 1997. 33 s.
7. Kuntaprofiiliprojekti: Artjärvi, Myrskylä, Orimattila, Pukkila. Työryhmän raportti. C 4. 1997. 32 s.
8. Kuolevan potilaan hoito-ohjeisto. D 1. 1997. 57 s.
9. Oksanen H. Onko tietoa? Kirjallinen ja suullinen tiedottaminen hoitotyössä. B 3. 1997. 20 s.
10. Heinolan kuntaprofiiliprojekti. Työryhmän raportti. C 5. 1997. 31 s.
11. Asikkalan kuntaprofiiliprojekti. Työryhmän raportti. C 6. 1997. 51 s.
12. Sysmän kuntaprofiiliprojekti. Työryhmän raportti. C 7. 1997. 39 s.
13. Hartolan kuntaprofiiliprojekti. Työryhmän raportti. C 8. 1997. 28 s.
14. Tiirismaan kansanterveystyön kuntayhtymän kuntaprofiiliprojekti. Työryhmän raportti. C 9. 1997. 123 s.
15. Lestinen J. Skeemat kognitiivisessa psykoterapiassa. A 2. 1997. 24 s.

16. Anttolainen I. Lastentautien erikoisalan toiminnan järjestäminen Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä. C 10. 1998. 21 s.
17. Anttolainen I, Heino M, Niemi K ym. Akuuttia pediatria. D 2. 1998. 86 s.
18. Blom-Lange M. Elämänlaadun mittaamismahdollisuudet erikoissairaanhoidossa - väliraportti tutkimuksen toteutettavuudesta. A 3. 1998. 36 s.
19. Kantola A, Kantola S. Sijaistraumatisoituminen ja myötätuntuupuminen. B 4. 1999. 23 s.
20. Blom-Lange M. Kuolleisuus, sairastavuus ja sosioekonomiset tekijät Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin kunnissa, Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirissä ja suurissa kaupungeissa. A 4. 1999. 74 s.
21. Takala S. Sydäninfarktipotilaiden tarvitsema ja saama emotionaalinen tuki sairaalahoidon aikana. A 7. 1999. 110 s.
22. Ellonen A. Pätevyyden mittaaminen hoitotyössä. B 5. 1999. 52 s.
23. Laamanen P, Blom-Lange M. Lonkan ja polven tekonivelleikkaushoidon kustannusvaikutusvuus. A 5. 1999. 66 s.
24. Haukkapää-Haara P, Blom-Lange M. Potilasvahinkojen palautejärjestelmä. A 6. 1999. 84 s.
25. Kankaanpää E. Työterveyshuollon toimintaselvitys. C 11. 2000. 77 s.
26. Keski-Säntti J, Virta A, Soittu S. Psykiatrisen sairaanhoidon kehitys Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirissä 1988-1997. C 12. 1999. 27 s.
27. Kantola H, Pyykkö P, Vahtola M. Vanhempien kokemuksia keskoslapsensa syntymästä ja hoitoon osallistumisesta sairaalassa. B 6. 1999. 59 s.
28. Mokka R, Vakkilainen A, Ruuti K, Haajanen I. Lääkinnällinen valmiussuunnitelma suuronnettomuuden varalta. C 13. 2000. 40 s.
29. Ahvonen M, Ruuti K, Salomäki T, Talja M, Vakkilainen A. Päijät-Hämeen keskussairaalan päivystyspoliklinikan toimintaa koskeva selvitys. C 14. 1999. 15 s.
30. Soiva M. Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin alueellinen radiologian alan selvitys. C 15. 1999. 26 s.
31. Silvola J, Lajunen E, Mokka R, Penttilä V, Pihlajasalo H ja Talja M. Korva-, nenä- ja kurkkutautien toimintaa koskeva selvitys. C 16. 2000. 36 s.
32. Heikkilä K (toim.). Iitin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluprofiilin tarkistaminen. C 17. 2001. 45 s.

33. Heikkilä K (toim.). Nastolan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluprofiilin tarkistaminen. C 18. 2001. 51 s.
34. Heikkilä K (toim.). Orimattilan seudun sosiaali- ja terveydenhuollon palveluprofiilin tarkistaminen. C 19. 2001. 51 s.
35. Heikkilä K (toim.). Asikkalan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluprofiilin tarkistaminen. C 20. 2001. 59 s.
36. Heikkilä K (toim.). Lahden terveydenhuollon palveluprofiilin tarkistaminen. C 21. 2001. 46 s.
37. Heikkilä K (toim.). Padasjoen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluprofiilin tarkistaminen. C 22. 2001. 51 s.
38. Tommola S. Interstitiilli kystiitti - potilaiden kokemuksia sairaudesta, kivusta ja itsehoidon ohjauksesta. A 8. 2001. 75 s.
39. Tuikka R. Ajatusten ja tunteiden yhteys. Johdatus rationaalis-emotiivisen terapian ja tunteiden hallinnan perusteisiin. B 7. 2001. 39 s.
40. Heikkala R, Heikkilä K, Mönkäre P, Rannanpiha K ja Schauman A. Kunnan hyvinvointisuunnitelman ja -kertomuksen tuottamisprosessi. C 23. 2001. 21 s.
41. Ristola A. Kolmannen sektorin mahdollisuudet. C 24. 2001. 61 s.
42. Heikkilä K (toim.). Tiirismaan kansanterveystyön kuntayhtymän alueen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluprofiilin tarkistaminen. C 25. 2002. 80 s.
43. Heikkilä K (toim.). Sysmän sosiaali- ja terveydenhuollon palveluprofiilin tarkistaminen. C 26. 2002. 54 s.
44. Heikkilä K (toim.). Hartolan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluprofiilin tarkistaminen. C 27. 2002. 49 s.
45. Oinonen I, Ervelius-Pyy R, Leinimaa K, Remola-Pärssinen E, Saarela U, Savolainen L ja Tuomola J. Rekrytointi ja rekrytointi prosessina. C 28. 2002. 48 s.
46. Heikkilä K. Terveydenhuolto 2000-luvulle -hankkeen toteutus Päijät-Hämeessä. C 29. 2002. 50 s.
47. Nieminen A, Louekoski-Huttunen T, Malin A, Pammo O, Parkkinen K ja Rontu P. Kotiutusprosessi. B 8. 2002. 47 s.
48. Järvenpää P, Mättö L, Savolainen L, Silkkari M-L ja Ylikangas P. Kliiniset laboratoriotutkimukset -prosessi. Hajautettu näytteenotto Lahden alueella. B 9. 2002. 28 s.
49. Snellman E, Mänttari P ja Anttila L. Psoriaasin hoitoketjun parantaminen. C 30. 2002. 71 s.

50. Hämäläinen H, Villa A. Päivä leppäkerttuosastolla - tutustumiskäynti lastenosastolle ennen lyhytkirurgista toimenpidettä. B 10. 2002. 27 s.
51. Winberg E. Päiväkirurgisen, leikki-ikäisen phimoosipotilaan ja vanhempien kotihoidon ohjaus. B 11. 2002. 37 s.
52. Sihvonen K. Lääketieteellisten kuvien arkisto- ja tiedonsiirtojärjestelmän hankinnan suunnittelu. A 9. 2002. 63 s.
53. Mokka R, Heikkilä K (toim.). Selvitys syövän hoidon järjestämisestä Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirissä. C 31. 2003. 33 s.
54. Talkkari A, Oinonen I. Henkilöstön kehittämisen nykytila ja koettu koulutustarve. A 10. 2003. 225 s.
55. Ahteenmäki-Pelkonen L. Psykiatrian työnohjauksen tavoitteet. A 11. 2003. 118 s.
56. Sihvonen S. Tasapainotettu mittaristo osaksi terveydenhuollon suunnittelua ja johtamista. B 12. 2003. 80 s.
57. Valve R, Absetz P, Fogelholm M, Karisto A, Katajamäki E, Nissinen A, Talja M ja Uutela A. Ikihyvä Päijät-Häme –tutkimus, perusraportti 2002. A 12. 2003. 115 s.
58. Oinonen I, Heinonen H, Jokitie M, Järvinen T ja Kuisma M-L. Yleisperehdytyksen nykytila ja kehittäminen Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirissä. C 32. 2004. 37 s.
59. Teräväinen R, Savolainen L, Ruuti K, Mäkelä S, Kallinen O, Virkkunen E, Miettinen A, Päivärinta L, Salo L, Schauman A ja Joentausta H. Asiakas-, potilas- ja väestöpalautteet Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirissä. C 33. 2004. 20 s.
60. Haukkapää-Haara P. Alueellinen lähete- ja palauteprojekti. Kuvaus polvipotilaan lähete- ja palauteprosessien nykytilasta Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin alueella sekä niiden tavoitetilaa kuvaavat visiot. C 34. 2004. 42 s.
61. Oksman E, Talja M ja työryhmät. Hoidon saatavuus Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirissä.

Ei-kiireellisen leikkaushoidon, polikliinisen hoidon tarpeen arvioinnin ja vaativien kuvantamistutkimusten saatavuuden seuranta ja parantaminen. C 35. 2004. 79 s.
62. Oinonen I. Selvitys: Johtamis- ja esimiesvalmennus Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirissä. C 36. 2005. 68 s.
63. Oksman E. Sairaanhoitopiirien välinen yhteistyö hoidon saatavuuden turvaamisessa – lonkan tekonivel- ja kaihileikkausjonossa olevien potilaiden näkökulma. A 13. 2005. 98 s.

64. Luostarinen M, Aaltola E-L, Järvinen T, Kiema M, Lassola T, Lautala P, Mäkelä S, Posa M, Suhonen E, Tapper P, Öun I ja Penttilä V. Saattohoidon periaatteet Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirissä. D 3. 2005. 26 s.
65. Fogelholm M, Haapola I, Absetz P, Heinonen H, Karisto A, Kasila K, Mäkelä T, Seppänen M, Talja M, Uutela A, Valve R ja Väänänen I. Ikihyvä Päijät-Häme – tutkimus. Perusraportti 2005. 65. 2007. 173 s.
66. Varjos K. Neuropsykiatrinen kuntoutus osaksi lastenpsykiatrasta hoitotyötä. Toimintatutkimus kehittämisprosessista. 66. 2008. 78 s.
67. Hennala L ja Konsti-Laakso S. Henkilöstönäkökulman toteutuminen Päijät-Hämeen Heimo hyvinvointipiirin prosessien uudistamisessa. 67. 2008. 48 s.
68. Absetz P ja Patja K (toim.). Ennaltaehkäisyn kehittäminen Päijät-Hämeen terveyden-huollossa: Interventiot osana Ikihyvä Päijät-Häme –tutkimus- ja kehittämishanketta. 68. 2008. 92 s.
69. Hyytiäinen J. Kohti potilaan kotia. Lastenpsykiatrisen kotihoidon perhehoitotyön kehittäminen Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä. 69. 2009. 87.
70. Haapola I, Fogelholm M, Heinonen H, Karisto A, Kullaa A, Mäkelä T, Niiranen T, Nummela O, Pajunen E, Ritsilä A, Seppänen M, Töyli P, Uutela A, Valve R ja Väänänen I. Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimus. Perusraportti 2008. 70. 2009. 175 s.
71. Tiitinen T. Kohti alueellisia palveluja. Lääkinnällinen kuntoutus Päijät-Hämeessä. 71. 2011. 68 s.
72. Haapola I, Fogelholm M ja Karisto A (toim.). Vanhuusikä muutoksessa. Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimuksen tuloksia 2002–2012. 72. 2013. 97 s.

Julkaisija Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä
Keskussairaalankatu 7
15850 LAHTI
Puh. (03) 819 11

Jakelu Puh. (03) 819 2544
kirjasto@phsotey.fi

Päätoimittaja Aino Tarhala

Toimituskunta Helena Heinonen
Kirsi Kuusinen-James
Pentti Lampi
Mervi Luoma
Marjo Soini
Tarja Tiitinen
Päivi Ukkonen



Euroopan unioni
Euroopan aluekehitysrahasto

ISBN 978-952-5161-77-9 (nid.) ISSN 1796-5721
ISBN 978-952-5161-78-6 (pdf) eISSN 1797-9064

Kirjapaino Markprint Oy
Lahti 2013